

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	AP	CS ALBARRACIN	DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA	2016_0851	S1	24/09/2017	IMPLEMENTACION DEL INDICE TOBILLO BRAZO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL Y LA REDUCCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR
TE	AP	CS ALBARRACIN	MARTIN CLEMENTE MANUELA	2016_1250	F	11/02/2018	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALBARRACIN	SANCHEZ MOLINA EVA MARIA	2016_1251	F	17/01/2018	ESTUDIO DE FILTRADO GLOMERULAR Y NEFROTOXICIDAD POR AINES
TE	AP	CS ALBARRACIN	CASTILLON ALFAYE IGNACIO	2016_1446	S1	05/02/2018	MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS
TE	AP	CS ALBARRACIN	LASHERAS BARRIO MONICA	2016_1724	F	02/01/2018	TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICO Y DESA
TE	AP	CS ALBARRACIN	PEREZ LAZARO CAROLINA	2016_1725	F	17/02/2018	MARCHAS SALUDABLES EN LA SIERRA DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALBARRACIN	GALINDO DOBON MANUEL	2018_0309	F	25/02/2019	DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)
TE	AP	CS ALBARRACIN	SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS	2018_0352	F	25/02/2019	EVALUACION DEL SCREENING DE CANCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD ALBARRACIN E INCLUIR LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS EN EL OMI
TE	AP	CS ALBARRACIN	DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA	2018_0705	S2	01/03/2019	ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALBARRACIN	DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA	2018_0705	F	29/01/2020	ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALBARRACIN	CASTILLON ALFAYE IGNACIO	2018_1359	S1	24/02/2019	TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018
TE	AP	CS ALBARRACIN	LASHERAS BARRIO MONICA	2019_0470	S1	24/01/2020	MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA SIERRA DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALBARRACIN	GALINDO DOBON MANUEL	2019_0483	F	19/12/2019	FORMACION A LA POBLACION DIABETICA EN TRATAMIENTO CON INSULINA Y SUS CONVIVIENTES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN EN PREVENCION, DETECCION Y MANEJO DE HIPOGLUCEMIAS
TE	AP	CS ALBARRACIN	BESER MORTE CRISTINA	2019_0633	S1	17/01/2020	APLICACION DE LA TECNICA MÖLNAL EN LA CICATRICACION DE HERIDAS QUIRURGICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALFAMBRA	MARCO CATALAN MARIA PILAR	2016_1214	S1	12/02/2018	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL
TE	AP	CS ALFAMBRA	MARCO CATALAN MARIA PILAR	2016_1214	S2	25/02/2019	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL
TE	AP	CS ALFAMBRA	ESTEBAN PEREZ NURIA	2016_1215	F	16/02/2018	OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO
TE	AP	CS ALFAMBRA	ESTEBAN PEREZ NURIA	2018_0389	F	29/01/2019	OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP
TE	AP	CS ALFAMBRA	PALACIOS MEDRANO JESUS	2019_0211	F	21/01/2020	OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTES EN ATENCION PRIMARIA
TE	AP	CS ALFAMBRA	ESTEBAN PEREZ NURIA	2019_0212	F	21/01/2020	CUENTOS PARA SALVAR VIDAS: PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA EN LA ESCUELA
TE	AP	CS ALIAGA	CASTRO LOPEZ CARLOS	2016_1162	F	08/01/2018	TALLER DE RCP BASICA Y MANEJO DESA
TE	AP	CS ALIAGA	LLERA BUESO GUILLERMINA	2016_1163	F	08/01/2018	MENS SANA IN CORPORE SANO. RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA EXPOSICION AL SOL. CENTRO DE SALUD DE ALIAGA
TE	AP	CS ALIAGA	SANCHEZ MOLINA EVA MARIA	2018_0296	F	04/02/2019	ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALIAGA	LLERA BUESO GUILLERMINA	2018_0379	F	11/02/2019	CRECER CON SEGURIDAD
TE	AP	CS ALIAGA	CASTRO LOPEZ CARLOS	2018_0380	F	21/02/2019	VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)
TE	AP	CS ALIAGA	ORTIZ DOMINGUEZ LAURA	2018_1105	F	15/03/2019	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL CRA "PABLO ANTONIO CRESPO" DE ALIAGA (TERUEL)
TE	AP	CS ALIAGA	ORTIZ DOMINGUEZ LAURA	2019_0416	F	19/01/2020	BIENESTAR MENTAL Y CORPORAL EN EL ADULTO
TE	AP	CS BAGUENA	REDOLAR CHASENAS GEMMA	2016_0059	F	16/02/2018	CONTROL DE LA TEMPERATURA DE LA NEVERA DE VACUNAS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	AP	CS BAGUENA	GONZALVO HERNANDO PILAR	2016_1213	F	15/02/2018	MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA A LOS QUE SE LES HAYA REALIZADO UN ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS
TE	AP	CS BAGUENA	OLORIZ RUIZ INES	2016_1241	S1	15/02/2018	EDUCACION SANITARIA EN COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA MEDIANTE HIGIENE BUCODENTAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR Y DESAYUNO SALUDABLE
TE	AP	CS BAGUENA	OLORIZ RUIZ INES	2018_0228	F	14/02/2019	ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA
TE	AP	CS BAGUENA	RUBIO GUTIERREZ ISABEL	2018_0230	F	13/02/2019	MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA
TE	AP	CS BAGUENA	SERRANO MORENO ANA CRISTINA	2018_0231	F	19/02/2019	MEJORA DE LA OXIGENOTERAPIA DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA
TE	AP	CS CALAMOCHA	CALVO CONS ANA MARIA	2016_0369	F	10/02/2018	PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA
TE	AP	CS CALAMOCHA	MENDEZ CAÑETE YOLANDA	2016_1184	S1	15/02/2018	MEJORA DEL MANEJO DE LOS INHALADORES EN LAS REAGUDIZACIONES DE ASMA Y EPOC EN EL C.S DE CALAMOCHA
TE	AP	CS CALAMOCHA	TARTAJ TOMAS JOSE LUIS	2016_1202	S1	12/02/2018	GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA
TE	AP	CS CALAMOCHA	TARTAJ TOMAS JOSE LUIS	2016_1202	F	12/03/2019	GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA
TE	AP	CS CALAMOCHA	RUIZ DOMINGO ROSA MARIA	2016_1224	S1	06/02/2018	PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA
TE	AP	CS CALAMOCHA	RUIZ DOMINGO ROSA MARIA	2016_1224	F	11/03/2019	PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA
TE	AP	CS CALAMOCHA	GARCES MORERA CARMEN	2018_0253	S1	11/03/2019	PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM/USMIJ/JUCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL
TE	AP	CS CALAMOCHA	TRILLO CALVO EVA	2018_0304	F	29/01/2019	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES
TE	AP	CS CALAMOCHA	TRILLO CALVO EVA	2018_0304	F	26/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES
TE	AP	CS CALAMOCHA	TUNDIDOR SARASA NURIA	2018_0306	F	13/03/2019	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD: FOMENTANDO HABITOS SALUDABLES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL
TE	AP	CS CALAMOCHA	ZABALA GARCIA ANA ISABEL	2018_0540	F	11/03/2019	RECOMENDACIONES DE USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA
TE	AP	CS CALAMOCHA	TRILLO CALVO EVA	2019_0214	F	19/12/2019	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD. PROGRAMA RADIOFONICO: EDUCACION SANITARIA EN ZONAS BASICAS DE SALUD RURAL EN LA PROVINCIA DE TERUEL
TE	AP	CS CALAMOCHA	LAHOZ ABADIAS RAQUEL	2019_0772	F	30/01/2020	RCP BASICA Y MANEJO DEL DESA EN LA COMUNIDAD
TE	AP	CS CALAMOCHA	CALVO CONS ANA MARIA	2019_0979	F	31/01/2020	ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL C.S. CALAMOCHA: CORRECTARECOGIDA, MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO
TE	AP	CS CEDRILLAS	ALONSO VALBUENA AINARA	2016_0040	F	10/02/2018	ADECUACION DEL MATERIAL DE LOS CONSULTORIOS RURALES DEL C.S. CEDRILLAS
TE	AP	CS CEDRILLAS	MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA	2016_0365	F	15/11/2017	DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS
TE	AP	CS CEDRILLAS	COMAS RIBAS EDUARDO	2016_1206	S1	22/02/2018	VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS
TE	AP	CS CEDRILLAS	COMAS RIBAS EDUARDO	2016_1206	F	15/03/2019	VALORACION DE LA FUNCION RENALEN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS
TE	AP	CS CEDRILLAS	MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE	2016_1209	F	30/10/2017	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL
TE	AP	CS CEDRILLAS	JULIAN MARTINEZ ANA	2018_0602	F	21/02/2019	RCP BASICA EN LA ESCUELA
TE	AP	CS CEDRILLAS	ALONSO VALBUENA AINARA	2019_0274	F	17/01/2020	REVISION DE LA UTILIZACION DE ESTATINAS EN PREVENCION SECUNDARIA EN EL C.S. CEDRILLAS

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	AP	CS CEDRILLAS	JULIAN MARTINEZ ANA	2019_0415	F	23/01/2020	EDUCACION GRUPAL PARA EL USO CORRECTO DE LOS SISTEMAS DE INHALACION
TE	AP	CS CELLA	NAVARRO RUEDA MARIA JOSE	2016_0139	S2	28/01/2018	IMPLANTACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA
TE	AP	CS CELLA	HERNANDEZ DIAZ ROGELIO	2016_0373	S2	31/01/2018	ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CELLA (TERUEL) EN EL PROGRAMA INFORMATICO BDU (BASE DE DATOS DE USUARIOS)
TE	AP	CS CELLA	CERESUELA LOPEZ AMELIA	2016_1183	S1	15/02/2018	VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 O MAS AÑOS
TE	AP	CS CELLA	GRACIA ORTIZ FERNANDO	2016_1190	S2	28/02/2019	DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA
TE	AP	CS CELLA	GRACIA ORTIZ FERNANDO	2016_1190	F	14/02/2018	DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA
TE	AP	CS CELLA	GIL VALERO PILAR	2018_0541	F	08/03/2019	VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 A 85 AÑOS
TE	AP	CS CELLA	CERESUELA LOPEZ AMELIA	2018_0638	F	01/03/2019	FORMACION SALUD FISICA Y EMOCIONAL
TE	AP	CS CELLA	MAICAS MAICAS FERNANDO	2018_1483	S1	26/02/2019	ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD
TE	AP	CS CELLA	MAICAS MAICAS FERNANDO	2018_1483	F	30/01/2020	ACTUALIZACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD
TE	AP	CS CELLA	NAVARRO RUEDA MARIA JOSE	2019_1265	F	24/01/2020	EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES BASADO EN EVIDENCIA EN LA ZONA DE SALUD DE CELLA
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	GOMEZ CADENAS CONCEPCION	2016_1288	S1	15/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	PEÑA CLEMENTE FELIX	2018_1323	F	14/02/2019	NUTRICION EN LA TERCERA EDAD
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	ASCOZ HERRANDO CARLOS	2018_1540	F	15/03/2019	IMPLEMENTACION DEL TEST DEL HELICOBACTER PYLORI EN EL CENTRO DE SALUD DE MONREAL DEL CAMPO
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	FERRERAS GASCO DOMINGO	2019_0463	F	27/01/2020	BLOG DEL CENTRO DE SALUD MONREAL DEL CAMPO
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	ESCRICHE AGUILAR MARIA ANGELES	2019_0481	S1	03/01/2020	MONREAL CAMINA HACIA LA SALUD
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO	2016_1238	F	13/02/2018	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON ASMA-EPOC
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	VIVO LAZARO JOSE LORENZO	2016_1239	F	13/02/2018	MEDIDA PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 207 EN EL SECTOR DE TERUEL SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	BURILLO LAFUENTE MARIO	2018_0241	S2	27/02/2019	ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	BRUN IZQUIERDO ANA	2018_0618	S1	09/03/2019	TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	BURILLO LAFUENTE MARIO	2019_0319	F	16/01/2020	ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN LA PREVENCION DE CAIDAS
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ARNAU FUERTES ALICIA	2018_0570	S1	07/02/2019	CUIDADOS A LA MUJER EN EL POSTPARTO Y AL BEBE EN SU PRIMEROS MESES
TE	AP	CS MOSQUERUELA	OLIVAS GUILLEN VALERIANO	2016_1164	F	08/02/2018	VALORACION DE LA FUNCION RENAL MEDIANTE LA FORMULA CE COCKCROFT EN PACIENTES DE MAS DE 75 AÑOS
TE	AP	CS MOSQUERUELA	TENA CAMPOS MARCOS	2018_0399	F	11/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE
TE	AP	CS MOSQUERUELA	SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN	2018_0400	F	11/02/2019	AUTODETECCION DE SINTOMAS DE ALARMA DE ICTUS EN LA COMUNIDAD
TE	AP	CS MOSQUERUELA	COBOS COBOS MARCELO	2018_0472	S1	09/03/2019	NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS
TE	AP	CS MOSQUERUELA	COBOS COBOS MARCELO	2018_0472	S2	05/02/2020	NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS
TE	AP	CS MOSQUERUELA	TENA CAMPOS MARCOS	2019_0237	F	14/01/2020	DIABETES. HABILIDADES, CUIDADOS Y PREVENCION DE COMPLICACIONES
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	RUBIO SERRANO MARIA DOLORES	2016_1187	S1	16/02/2018	MEJORAR EL INFRA DIAGNOSTICO DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA RELIZACION DE ESPIROMETRIAS
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA	2016_1191	F	15/02/2018	IMPLEMENTACION, REVISION Y REPOSICION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE EN C.S. DE SANTA EULALIA

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	RUBIO SERRANO MARIA DOLORES	2018_0256	F	26/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD: MANEJO DE LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	BUJEDA DOÑATE MARIA ANGELES	2018_0262	S1	25/02/2019	ACTUALIZACION DE DATOS DE PACIENTES REGISTRADOS EN OMI-AP(DOMICILIO, TELEFONO, PERSONA DE CONTACTO) EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO-TERUEL
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	LATASA LATORRE DOLORES PILAR	2018_0729	S1	25/02/2019	DETECCION DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA	2019_0573	S1	31/01/2020	PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	BLAS GOMEZ CONSUELO	2019_0952	F	30/01/2020	ENSEÑAR A AUXILIAR EN EL ÁMBITO ESCOLAR
TE	AP	CS SARRION	MORTE PEREZ ALFREDO	2016_1185	S1	23/09/2017	MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCION EN AP. EVALUACION, ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES LIDOCAINA AL 5. SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY
TE	AP	CS SARRION	PALACIOS MEDRANO JESUS	2016_1185	F	02/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCION EN AP:EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES DE LIDOCAINA 5 Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY
TE	AP	CS SARRION	FUENTES MORENO ENCARNA	2016_1205	F	24/01/2018	VALORACION DEL RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES DE 50 A 59 AÑOS DENTRO DEL SERVICIO DE LA MUJER EN EL CLIMATERIO
TE	AP	CS SARRION	CONEJOS BELLIDO CARMEN	2018_0387	S1	21/02/2019	INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CS SARRION: CONTROLES ANALITICOS,PIE DIABETICO Y ECG
TE	AP	CS SARRION	CONEJOS BELLIDO CARMEN	2018_0387	F	21/01/2020	INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD DE SARRION: CONTROLES ANALITICOS, PIE DIABETICO Y E.C.G.
TE	AP	CS SARRION	RUIZ CARRALERO MANUEL	2018_0594	F	18/02/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS.SARRION
TE	AP	CS SARRION	ABADIA PUYUELO ALVARO	2019_0705	F	14/01/2020	CAPTACIÓN OPORTUNISTA DEL PACIENTE FUMADOR EN LA ATENCIÓN ORDINARIA Y LA ATENCION CONTINUADA. SU ADECUADO REGISTRO EN OMI-AP Y SU INFLUENCIA EN LA PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE LA EPOC
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	GOMEZ NAVARRO RAFAEL	2016_1175	F	02/02/2018	ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCION ACTIVA EN EL CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCION EFICIENTE DE LOS MISMOS
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	URBISTONDO BLASCO PILAR	2016_1176	F	16/03/2019	MEJORA DE LA CALIDAD D E LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEL CS DE TERUEL CENTRO.SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CNANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) U YTRIPLE WHAMY
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	URBISTONDO BLASCO PILAR	2016_1176	F	31/01/2018	MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO.SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINAI (ARAI) Y TRIPLE WHAMY
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	CASTILLO GUILLAMON MIGUEL	2016_1210	F	16/02/2018	MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	URBISTONDO BLASCO PILAR	2018_0633	F	28/02/2019	GRADO DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO EQUIPO DEL DVA Y GRADO DE CONOCIMIENTO DEL MISMO DE NUESTROS PACIENTES. COMO LO DAMOS A CONOCER. GRADO DE REGISTRO DEL DVA
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	MARTIN RODRIGUEZ MARIA	2018_1512	F	05/03/2019	ACTUACION ANTE OVACE
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	SALESA NAVARRO LUCIA	2019_0297	F	22/01/2020	PROYECTO DE EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	URBISTONDO BLASCO PILAR	2019_1000	F	29/01/2020	MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	CASTILLO GUILLAMON MIGUEL GERONIMO	2019_1321	F	29/01/2020	RECETA DEPORTIVA
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	ABAD POLO LAURA	2019_1380	S1	23/01/2020	CRIBADO DE LA HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							CENTRO
TE	AP	CS TERUEL CENTRO TRABAJO SOCIAL	LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA	2018_0176	F	21/02/2019	ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN	2016_1193	S1	12/02/2018	MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCION EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	ZORRAQUINO LOZANO JUAN ANTONIO	2016_1194	S1	12/02/2018	MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	ZORRAQUINO LOZANO JUAN ANTONIO	2016_1194	F	04/03/2019	MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017EN EL CENTRO DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	DIAZ DIAZ TANIA	2016_1195	S1	12/02/2018	PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	DIAZ DIAZ TANIA	2016_1195	F	27/02/2019	TERUEL CAMINA CON GUSTO
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE	2016_1208	F	16/02/2018	MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	LOU DOMINGO VICTORIANO	2018_0524	F	19/02/2019	EDUCACION INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EL USO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC DE 40 A 79 AÑOS
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	MONTON BARRERA ESTRELLA	2019_0405	F	31/01/2020	LAS DISFAGIAS EN ANCIANOS. MEDIDAS PREVENTIVAS Y COMO ACTUAR ANTE POSIBLES COMPLICACIONES
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	GALLARDO GANUZA CARMEN	2019_0561	F	29/01/2020	MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE FISIOTERAPIA EN AP	MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA	2018_0187	F	12/02/2019	IMPLANTACION DE "ESCUELA DE ESPALDA" EN CENTRO DE SALUD ENSANCHE - TERUEL
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE FISIOTERAPIA EN AP	VILLA ORO MARIA JESUS	2018_0211	S1	12/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HABITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE ACTIVIDAD FISICA
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE FISIOTERAPIA EN AP	MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA	2018_0211	F	27/01/2020	EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES; HÁBITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE SALUD BUCODENTAL	ROSA MORALEDA SUSANA	2018_0165	S1	12/02/2019	SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE SALUD BUCODENTAL	ROSA MORALEDA SUSANA	2018_0165	F	27/01/2020	SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL
TE	AP	CS UTRILLAS ATENCION CONTINUADA EN AP	BAYONA FARO YOLANDA	2016_1189	F	10/02/2018	PORCENTAJE DE PACIENTES PEDIATRICOS VISTOS EN SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA CON OTITIS MEDIA AGUDA QUE SON TRATADOS CON AMOXICILINA O AMOXICILINA-CLAVULANICO
TE	AP	CS UTRILLAS	BENEDI ZAMARVIDE MARTA	2016_1171	S1	23/01/2018	SUPERVISION Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUAL-COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)
TE	AP	CS UTRILLAS	HOMEDES CELMA LAIA	2016_1174	F	24/01/2018	TALLER SOBRE EL CORRECTO MANEJO DE LOS INHALADORES
TE	AP	CS UTRILLAS	MONZON GRACIA ANA ISABEL	2016_1181	S1	15/01/2018	PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN
TE	AP	CS UTRILLAS	LAZARO BELLA MERCEDES	2016_1186	S1	16/02/2018	CONTROL DEL GASTO DE TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES (DMNID)
TE	AP	CS UTRILLAS	VALENZUELA FOVED AMPARO	2016_1212	F	13/02/2018	LA SALUD A TRAVES DE LA HIGIENE PERSONAL
TE	AP	CS UTRILLAS	BIDZINSKA BIDZINSKA ANNA IRENA	2018_0534	S1	10/12/2018	PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA
TE	AP	CS UTRILLAS	MONZON GRACIA ANA ISABEL	2018_1157	S1	12/02/2019	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)
TE	AP	CS UTRILLAS	BLAZQUEZ ORNAT ISABEL	2019_0184	S1	29/01/2020	CREANDO LA ESCUELA DE PERSONAS CUIDADORAS DEL C.S. DE UTRILLAS: UNA EXPERIENCIA PILOTO
TE	AP	CS UTRILLAS OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BIDZINSKA BIDZINSKA ANNA IRENA	2018_0534	S1	08/02/2019	PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA
TE	AP	CS VILLEL	LEON MIGUEL PURIFICACION	2016_1203	F	02/02/2018	EDUCACION GRUPAL EN USO INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOCEN EL CENTRO DE SALUD DE VILLEL,

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							DEL SECTOR DE TERUEL
TE	AP	CS VILLEL	DOMINGO MAICAS MIGUEL	2016_1207	F	01/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN ATENCION PRIMARIA I. EVALUACION DE LA ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE LOS PARCHES DE LIDOCAINA 5
TE	AP	CS VILLEL	MATAMALA GIMENO CARLOS	2018_0614	S1	19/02/2019	POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA
TE	AP	CS VILLEL	MATAMALA GIMENO CARLOS	2018_0614	F	12/01/2020	POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA
TE	AP	CS VILLEL	MIGUEL POSA JORGE	2018_0834	S1	08/03/2019	USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL
TE	AP	CS VILLEL	GARCIA GARCIA MARIA PILAR	2019_0500	F	30/01/2020	INTERVENCION DE ENFERMERIA PARA MEJORAR LA COBERTURA ANALITICA DE PACIENTES INMOVILIZADOS O LIMITADOS PARA DESPLAZARSE DE LAS POBLACIONES RURALES Y DESPOBLADAS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLEL
TE	AP	DAP TERUEL	VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO	2016_1192	S1	15/02/2018	REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL
TE	AP	DAP TERUEL	VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO	2016_1192	F	10/01/2019	REALIZACION ESPIROMETRIAS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL
TE	AP	DAP TERUEL	PEREZ DIEZ CRISTINA	2018_0079	S1	10/01/2019	CRITERIOS CLINICOS. TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENOS ESTREPTOCOCICO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES
TE	AP	DAP TERUEL	PEREZ DIEZ CRISTINA	2018_0079	F	20/01/2020	CRITERIOS CLINICOS. TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENO ESTREPTOCOCICO Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES
TE	AP	DAP TERUEL	LAINIZ LORENTE MARIA TERESA	2018_0080	S2	10/01/2019	VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION
TE	AP	DAP TERUEL	LAINIZ LORENTE MARIA TERESA	2018_0080	F	21/01/2020	VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION
TE	AP	DAP TERUEL	MARTINEZ MARTINEZ MATILDE	2018_0082	S1	10/01/2019	GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA
TE	AP	DAP TERUEL	MARTINEZ MARTINEZ MATILDE	2018_0082	F	21/01/2020	GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA
TE	AP	DAP TERUEL	GOMEZ CADENAS CONCEPCION	2019_0535	S1	27/01/2020	APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE DIGNIFICANDO EL FINAL DE VIDA
TE	AP	DAP TERUEL DIRECCION	VICENTE MALLEN JOAQUIN	2016_1199	F	25/01/2018	OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
TE	AP	DAP TERUEL FARMACIA ATENCION PRIMARIA	PEREZ DIEZ CRISTINA	2016_0211	F	25/01/2018	MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL: INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION
TE	AP	ESAD TERUEL ESAD	AGUDO RODRIGO MARTA	2019_1202	S1	31/01/2020	MEJORA ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDADES PALIATIVAS EN DOMICILIO EN EL SECTOR TERUEL
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS PSIQUIATRIA	MARTINEZ SOTO ALMUDENA	2016_1554	F	16/02/2018	ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAINAMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS TERAPIA OCUPACIONAL	ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR	2016_0480	F	16/01/2018	MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS TERAPIA OCUPACIONAL	ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR	2019_1126	F	27/01/2020	PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA	YUSTE VICENTE FELISA	2019_0587	F	05/01/2020	ABORDAJE DEL SINDROME METABOLICO EN PACIENTE MENTAL GRAVE
TE	HOSP	CSS SAN JOSE FARMACIA HOSPITALARIA	CORREA BALLESTER MARTA	2016_0143	F	13/02/2018	OPTIMIZACION DE LA TERAPIA FARMACOLOGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UTILIZANDO LA APLICACION WEB "CHECKTHEMEDS"
TE	HOSP	CSS SAN JOSE FARMACIA HOSPITALARIA	HERNANDEZ MARTIN JULIA	2019_1261	F	15/01/2020	REENVASADO Y DISPENSACION DE FORMAS FARMACÉUTICAS LIQUIDAS ORALES EN DOSIS UNITARIAS
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	GONZALEZ GARCIA PALOMA	2016_0674	S1	15/02/2018	DETECCION E INTERVENCION SOBRE DESNUTRICION EN FRACTURA DE CADERA
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	FORCANO GARCIA MERCEDES	2016_0804	F	27/01/2018	MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA	2018_0142	F	15/02/2019	EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	MARTINEZ FABRE DANIEL	2018_0269	F	28/01/2019	NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN GERIATRIA
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	GALA SERRA CARLOS	2019_0168	F	29/01/2020	DESPRESCRIPCION EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRIA
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	MONTERO CERCOS PURIFICACION	2019_0434	F	28/01/2020	PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO: ENFOQUE INTERDISCIPLINAR
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	CASTRO VILELA MARIA ELENA	2019_0440	F	28/01/2020	ENTRENAMIENTO MULTICOMPONENTE EN LA PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES	2019_0966	S1	31/01/2020	CONSULTA DE ORTOGERIATRÍA: REVISIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA
TE	HOSP	CSS SAN JOSE PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA	ABAD FERRANDEZ MARIA SOLEDAD	2019_1320	F	30/12/2019	MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPDM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION
TE	HOSP	CSS SAN JUAN DE DIOS GERIATRIA	MARTINEZ SOTO ALMUDENA	2015_0475	F	02/08/2016	CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ALERGOLOGIA	MUÑOZ PAMPLONA MARIA PILAR	2016_0036	F	05/04/2018	RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ALERGOLOGIA	MUÑOZ PAMPLONA MARIA PILAR	2018_0288	F	06/02/2019	SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	SANLLEHI VILA NURIA	2015_0627	F	03/06/2017	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLÓGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO	2015_0631	F	31/05/2017	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE LAS ORINAS RECOGIDAS EN CENTRO DE SALUD
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	FERNANDEZ LANDAZURI SARA	2016_0115	F	26/10/2017	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	SANLLEHI VILA NURIA	2016_0877	F	16/02/2018	PROYECTO DE MEJORA DE LA PREANALITICA EN LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO	2016_1762	F	13/02/2018	IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	FERNANDEZ LANDAZURI SARA	2018_0060	F	14/01/2019	ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	FERNANDEZ LANDAZURI SARA	2018_0060	F	12/02/2019	ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO	2018_0267	F	13/02/2019	REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO	2019_0321	F	21/01/2020	REDUCCION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA MEJORAR SU UTILIDAD CLINICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	LAMUÑO SANCHEZ DAVID	2019_0918	F	23/01/2020	ESTUDIO Y AJUSTE DE LA DEMANDA DE LA DETERMINACIÓN DE PROCALCITONINA EN NUESTRO CENTRO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	VALERO ADAN ADELA	2019_1334	F	21/01/2020	MEJORA Y ADECUACION DE LA SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS. TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANESTESIA Y REANIMACION	MURCIANO GARCIA FERNANDO	2016_0367	S1	22/02/2018	INFORME DE VIA AEREA DIFICIL PARA EL PACIENTE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANESTESIA Y REANIMACION	ARMAS TOVAR GUSTAVO ADOLFO	2016_1765	S1	15/02/2018	MEJORA DE LA ACTUACION ANTE PROCESOS RAROS Y POTENCIALMENTE LETALES MEDIANTE SIMULACIONES EN UN SERVICIO DE ANESTESIA:GESTION DE LA HIPERTERMIA MALIGNA EN EL AREA QUIRURGICA

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANESTESIA Y REANIMACION	RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO	2018_0092	F	04/03/2019	MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANESTESIA Y REANIMACION	BUENO COSIO OLGA MARIA	2018_0408	F	26/02/2019	MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICAMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANESTESIA Y REANIMACION	ALEGRE SORIANO SARA	2019_0003	S1	20/01/2020	MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE ENFERMERIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO BLOQUE QUIRURGICO	MELLENDEZ VILLANUEVA MARIA DEL CARMEN	2019_0008	F	28/01/2020	OPTIMIZACION DE LA COBERTURA QUIRURGICA A TRAVES DE LOS PROTOCOLOS DE INTERVENCION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO BLOQUE QUIRURGICO	CAMPILLO DOBON EVA	2019_0733	F	31/01/2020	IMPLANTACIÓN DEL REGISTRO DE LA RECEPCIÓN Y SALIDA DEL MATERIAL POR ESPECIALIDADES ENTRE EL BLOQUE QUIRÚRGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CARDIOLOGIA	CALPE GIL MARIA JOSE	2016_1727	F	13/02/2018	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CARDIOLOGIA	SILVA GONZALEZ DORINDA	2018_0536	S1	27/02/2019	PLAN DE MEJORA ASISTENCIAL INCLUIDO EN EL CONTRATO DE GESTION 2018
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CARDIOLOGIA	VILLAMON NEVOT MARIA JOSE	2019_0899	F	27/01/2020	INTERVENCION EDUCATIVA MEDIANTE LA ELABORACION DE UN DIPTICO INFORMATIVO CON LAS RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS EL IMPLANTE DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO Y/O MONITOR CARDIACO INSERTABLE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA	2016_1732	S1	15/02/2018	EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA	2016_1732	S2	28/01/2020	EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	GONZALEZ PEREZ MARTA	2018_0563	S1	03/03/2019	IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CANCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	GONZALEZ PEREZ MARTA	2018_0563	S2	25/02/2020	IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CCR Y COLECISTECTOMIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	FERNANDEZ PERA DIEGO	2019_1002	S1	31/01/2020	IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGIA ONCOLÓGICA COLO-RECTAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	DIAZ MARTINEZ JOSE VICENTE	2016_0148	F	11/02/2018	MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	OSCA GUADALAJARA MARTA	2016_0150	F	14/02/2018	GUIA DEL MATERIAL PROTESICO Y OSTEOSINTESIS UTILIZADO EN QUIROFANO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MUNIESA HERRERO MARIA PILAR	2018_0128	F	31/01/2019	LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MUNIESA HERRERO MARIA PILAR	2018_0128	F	18/02/2019	LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PEREZ JIMENO NURIA	2018_0181	S1	09/03/2019	PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ROYO AGUSTIN MARIA	2018_0185	S2	03/02/2019	PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ROYO AGUSTIN MARIA	2018_0185	S3	22/01/2020	PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	RANERA GARCIA MIGUEL	2018_0251	S1	24/02/2019	REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

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

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

Número de memorias: 313 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MUNIESA HERRERO MARIA PILAR	2019_0309	F	22/01/2020	MOVILIZACIÓN ERGONÓMICA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA. MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BÁSICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA	2019_0841	S1	31/01/2020	PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DERMATOLOGIA	BALLANO RUIZ ADRIAN	2019_0475	S1	19/01/2020	IMPLANTACIÓN DE TELEDERMATOLOGIA EN EL SECTOR TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIGESTIVO	BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA	2016_0109	S1	13/02/2018	EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIGESTIVO	BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA	2016_0109	F	26/01/2019	EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIGESTIVO	ARIÑO PEREZ INES	2018_1243	S1	27/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIGESTIVO	ARIÑO PEREZ INES	2018_1243	F	27/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIRECCION	PEREZ HERNANDEZ RAQUEL	2016_1051	F	04/02/2018	MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y CONSULTA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES EXTERNOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIRECCION	GALVE ROYO FERNANDO LEON	2016_1723	S1	16/01/2018	UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIRECCION	GALVE ROYO FERNANDO LEON	2016_1723	F	17/02/2019	PROYECTO UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIRECCION	PEREZ HERNANDEZ RAQUEL	2018_0528	F	22/02/2019	PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIRECCION	CATALAN EDO MARIA PILAR	2019_1304	F	31/01/2020	MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO CON LA COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y RADIODIAGNÓSTICO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	CIPRES CASASNOVAS LUIS	2016_1321	S1	29/01/2018	PROGRAMA DE REPASO DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	CIPRES CASASNOVAS LUIS	2018_0017	F	10/02/2019	PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	CIPRES CASASNOVAS LUIS	2018_0017	F	04/03/2019	PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	CIPRES CASASNOVAS LUIS	2019_0205	F	27/01/2020	PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL PACIENTE CON OBESIDAD DERIVADO A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO FARMACIA HOSPITALARIA	GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO	2016_0011	S1	12/02/2018	SISTEMA DE PRESCRIPCION Y VALIDACION ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO FARMACIA HOSPITALARIA	GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO	2018_1414	F	14/01/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO FARMACIA HOSPITALARIA	GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO	2018_1414	F	04/02/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO FARMACIA HOSPITALARIA	GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO	2019_0011	F	16/01/2020	DESARROLLO DEL SISTEMA DE PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA INTRAHOSPITALARIA PARA EL USO SEGURO, EFECTIVO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO FARMACIA HOSPITALARIA	NAVARRO PARDO IRENE	2019_0026	F	16/01/2020	SISTEMA DE PRESCRIPCION ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA Y MEZCLAS INTRAVENOSAS DE PREPARACION CENTRALIZADA. ALERTAS DE SEGURIDAD DE PRESCRIPCION, PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GONZALEZ GOMEZ NICOLAS	2016_1728	F	13/02/2018	MEJORA EN LA ACTUACION ANTE UNA HEMORRAGIA MASIVA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GONZALEZ GOMEZ NICOLAS	2018_0362	S1	20/02/2019	CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAAO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GONZALEZ GOMEZ NICOLAS	2018_0362	F	30/01/2020	CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAAO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION	2016_0084	F	06/02/2018	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	MONFORTE ZAFON ENCARNA	2016_0690	F	06/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	PEREZ MARTINEZ CARMEN	2016_1750	F	07/02/2018	CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION	2018_0343	F	25/02/2019	IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE " NO HACER" RX DE TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	MONTON DITO JOSE MARIA	2018_0346	F	25/02/2019	IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION	2019_0218	F	14/01/2020	IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO ANTIBIÓTICO (PROA) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	PEREZ MARTINEZ CARMEN	2019_0220	F	14/01/2020	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS Y DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTERNA	FONSECA LOPEZ CHERPENTIER	2016_0947	F	14/02/2018	PROTOCOLIZACION DE LA PRIMERA CONSULTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS (VIH)
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTERNA	ZABALA LOPEZ SERGIO	2018_0163	F	06/02/2019	ANALISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCION PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTERNA	ZABALA LOPEZ SERGIO	2019_0874	S1	30/01/2020	ASISTENCIA COMPARTIDA ONCOLOGIA-MEDICINA INTERNA AL ENFERMO ONCOLOGICO HOSPITALIZADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTERNA	GOMEZ RUCIO MARIA ANGELES	2019_1210	F	24/01/2020	IMPLANTACIÓN DE LA GESTION INTEGRAL DE PREVENCIÓN DE CAIDAS Y POSTERIOR MONITORIZACIÓN DE LAS MISMAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	ESCUSA JULIAN MILAGROS	2016_0999	S1	13/02/2018	COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	FERNANDEZ SANTOS RAFAEL	2019_0661	F	02/01/2020	IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS PARA LA ADECUADA NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGÍA	ACERO CARRERO ALMUDENA	2016_0395	F	19/01/2018	RECEPCION DEL PACIENTE NUEVO EN HEMODIALISIS.CREACION TRIPTICO INFORMATIVO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGÍA	LACASA SANCHEZ ALICIA	2016_0456	S1	16/01/2018	IMPLANTACION CATETER PERITONEAL. PROTOCOLIZACION, ACTUACION DE ENFERMERIA POST IMPLANTACION CATETER PERITONEAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGÍA	RUIZ CRIADO JORGE	2016_1726	S1	15/01/2018	INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROSOFT®) PARA LA GESTION INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD HEMODIALISIS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGÍA	LACASA SANCHEZ ALICIA	2018_0179	F	28/01/2019	BUTTONHOLE TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGÍA	ACERO CARRERO ALMUDENA	2018_0204	S1	30/01/2019	EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGÍA	ACERO CARRERO ALMUDENA	2018_0204	F	24/01/2020	EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGÍA	VICENTE VICENTE ANA	2019_0346	F	14/01/2020	TRIPTICO PARA REFORZAR EL ADIESTRAMIENTO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUMOLOGIA	ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS	2016_1735	F	12/02/2018	REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	ALBANI PEREZ MARIO	2018_0059	F	25/02/2019	VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		NEUMOLOGIA	NICOLAS				DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUMOLOGIA	ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS	2019_0769	F	24/12/2019	TITULACION DOMICILIARIA CON PULSIOXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) BAJO TRATAMIENTO CON CPAP
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	JARAUTA LAHOZ LAURA	2016_0069	S1	25/01/2018	APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	JARAUTA LAHOZ LAURA	2016_0069	S2	19/02/2019	APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	HERNANDO QUINTANA NATALIA	2016_0073	F	07/02/2018	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIOLOGICO A NEUROLOGIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	HERNANDO QUINTANA NATALIA	2018_0034	F	11/02/2019	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	HERNANDO QUINTANA NATALIA	2019_0316	F	21/01/2020	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: CREACION DE AGENDA TELEFONICA NO PRESENCIAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	RUIZ PALOMINO MARIA DEL PILAR	2019_0956	S1	02/01/2020	CIRCUITO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO EN EL SECTOR TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BERNAL ARAHAL MARIA TERESA	2016_0762	F	16/02/2018	PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES GEMELARES EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	GARCES VALENZUELA MARTA	2016_0792	F	16/02/2018	MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	COLECHA MORALES MARTA	2016_0967	F	21/02/2018	PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES COMPLICADAS CON RESTRICCION DEL CRECIMIENTO FETAL EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	COLECHA MORALES MARTA	2018_0415	S1	20/02/2019	CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	COLECHA MORALES MARTA	2018_0415	S2	19/01/2020	CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO. SEGUIMIENTO TRAS APLICACION DE NUEVO PROTOCOLO DE INCLUSION DE PACIENTES EN CATEGORIA CMA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OFTALMOLOGIA	PASTOR ESPIG MARIA	2016_0654	S1	13/02/2018	CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OFTALMOLOGIA	ALIAS ALEGRE EVA GLORIA	2016_0665	S1	28/01/2018	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OFTALMOLOGIA	ALIAS ALEGRE EVA GLORIA	2018_0225	S1	24/02/2019	MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA. CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OFTALMOLOGIA	ALIAS ALEGRE EVA GLORIA	2018_0225	S2	29/01/2020	MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA. CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OFTALMOLOGIA	GARGALLO BENEDICTO AMPARO	2018_1528	S1	27/02/2019	MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ONCOLOGIA MEDICA	FERRER PEREZ ANA ISABEL	2016_0009	F	18/01/2018	MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ONCOLOGIA MEDICA	FERRER PEREZ ANA ISABEL	2018_0276	F	20/02/2019	OPTIMIZACION DE LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO MEDIANTE REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ONCOLOGIA MEDICA	FERRER PEREZ ANA ISABEL	2019_0177	F	16/01/2020	IMPLANTACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OTORRINOLARINGOLOGIA	HEREDIA LOPEZ GIOVANNY PATRICIO	2016_1731	F	22/01/2018	ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MEDICO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OTORRINOLARINGOLOGIA	BETANCES REINOSO FRANK ALBERTO	2018_0360	F	17/01/2019	PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR	2013_0102	F	16/02/2018	PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE VENTILACION NO INVASIVA PEDIATRICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	BENITO COSTEY SILVIA	2016_0531	F	08/02/2018	PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MARTIN RUIZ NURIA	2016_0980	S1	16/02/2018	REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MARTIN RUIZ NURIA	2016_0980	F	01/03/2019	REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ	2018_0354	S1	27/02/2019	VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LACALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ	2018_0354	F	17/02/2019	VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ	2018_0354	F	17/01/2020	VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	BENITO COSTEY SILVIA	2018_0489	F	01/02/2019	DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	BENITO COSTEY SILVIA	2018_0489	F	05/03/2019	DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MUÑOZ ALBILLOS MARISOL	2018_0494	F	09/02/2019	REGISTRO Y ANALISIS DE ACTIVIDAD CLINICA EN RECIEN NACIDOS DEL H. OBISPO POLANCO TRAVES DE LA PLATAFORMA NEOSOFT Y POSTERIOR ELABORACION DE INFORME CLINICO DE ALTA A TODO RECIEN NACIDO DE MATERNIDAD
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MARTIN RUIZ NURIA	2018_0749	F	01/03/2019	MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MARTIN RUIZ NURIA	2018_0749	F	01/03/2019	MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	ALIJARDE LORENTE ROBERTO	2018_0989	F	22/02/2019	ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL	2019_0031	F	03/01/2020	ADAPTACION IDIOMATICA DE LA INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE CELIACO PEDIATRICO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	BENITO COSTEY SILVIA	2019_0179	S1	13/01/2020	REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO PARA PADRES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	ALIJARDE LORENTE ROBERTO	2019_0294	F	31/01/2020	PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DEL RECIEN NACIDO DE RIESGO AL ALTA HOSPITALARIA: UNA NECESIDAD PARA TODOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	ADAN LANCETA VICTOR	2019_0443	F	24/01/2020	REVISION Y ACTUALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACION PEDIATRICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	IZQUIERDO FORTEA IRENE	2019_0523	F	17/01/2020	ESTRATEGIAS DE ADAPTACION A LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS PREESCOLARES Y ESCOLARES INGRESADOS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO: PROYECTO DE JUEGOTERAPIA "NOSOTR@S TAMBIEN HEMOS SIDO NIÑ@S"
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	BONE PINA MARIA JESUS	2018_0930	S1	26/02/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLÓGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSICOLOGIA CLINICA	REBORDA AMOEDO ALEJANDRA	2016_0112	S1	13/01/2018	ELABORACION Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCION AL DUELO PERINATAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	SERRANO TORRES MARIA DOLORES	2014_0247	S1	27/02/2019	SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCION MECANICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	SERRANO TORRES MARIA DOLORES	2014_0247	F	30/01/2020	SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCION MECANICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	PEREYRA GRUSTAN LORENA	2016_0111	F	16/02/2018	PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	LATORRE FORCEN PATRICIA	2018_0403	F	13/01/2019	FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS,

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		PSIQUIATRIA					TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	LATORRE FORCEN PATRICIA	2018_0403	F	25/01/2019	FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	LATORRE FORCEN PATRICIA	2018_0403	F	21/02/2019	FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA	2018_0590	F	08/02/2019	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CONCONTENCION MECANICA EN LA UCE DEL HOP
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	PEREYRA GRUSTAN LORENA	2019_0947	S1	31/01/2020	PROTOCOLO DE PREVENCION DE SUICIDIO EN EL H. OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO RADIODIAGNOSTICO	MARTINEZ SANZ GLORIA MARIA	2018_0011	S1	13/02/2019	CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO RADIODIAGNOSTICO	MARTINEZ SANZ GLORIA MARIA	2018_0011	F	30/01/2020	CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO REHABILITACION	ORELLANA GARCIA RAQUEL	2016_0203	F	25/01/2018	INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO REHABILITACION	PECES GONZALEZ NATALIA	2016_0687	F	26/01/2018	COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICIO DE REHABILITACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO REHABILITACION	RENAU HERNANDEZ ESMERALDA	2018_0386	S1	20/02/2019	CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO REHABILITACION	RENAU HERNANDEZ ESMERALDA	2018_0386	F	24/01/2020	CONTROL DEL DOLOR MUSCULOESQUELETICO DE TÉCNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACIÓN
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO TRABAJO SOCIAL	MUÑOZ LEON MERCEDES	2016_0550	F	05/02/2018	PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE	2013_0020	F	15/02/2018	PREVENCION DE LA NEUMONIA POR BRONCOASPIRACION MEDIANTE EL DESPISTAJE DE LA DISFAGIA DESDE URGENCIAS EN PACIENTE QUE INGRESA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	ESTABEN BOLDOVA VICTORIA	2013_0045	F	10/02/2018	MEJORA EN LA ATENCION DE POTENCIALES DONANTES DE ORGANOS EN EL AREA DE URGENCIAS. OPTIMIZACION DEL PROYECTO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	ANDRES SALIENTE AURORA	2016_0147	S1	24/01/2018	DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON LA ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	ANDRES SALIENTE AURORA	2016_0147	F	11/12/2018	DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	LAJUSTICIA MORENO JOSE RICARDO	2016_0160	S1	24/01/2018	DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	MARTINEZ OVIEDO ANTONIO	2016_0178	F	11/01/2018	UNA ESPERA ENTRETENIDA Y DIDACTICA EN URGENCIAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	VILLALBA GARCIA JUSTO MANUEL	2016_0868	S1	14/02/2018	ELABORACION DE UN PROYECTO DE INSULINIZACION PARA PACIENTES INGRESADOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	ANDRES SALIENTE AURORA	2018_0063	F	11/12/2018	USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	LOPEZ MAS CLARA	2018_0469	F	14/01/2019	AHORRO DE SANGRE MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL USO DEL HIERRO ENDOVENOSO EN LAS ANEMIAS FERROPENICAS EN URGENCIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0851

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL INDICE TOBILLO BRAZO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL Y LA REDUCCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Fecha de entrada: 24/09/2017

2. RESPONSABLE KATIA APARECIDA DE SOUZA OLIVEIRA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LORENZ DE LA PUENTE GLORIA
MARTIN CLEMENTE MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Índice Tobillo Brazo (ITB) es una prueba sencilla, económica, no invasiva, reproducible y accesible en AP, con una gran utilidad en la detección de ECV en pacientes con FRCV. El ITB se calcula dividiendo la presión arterial sistólica (PAS) de cada tobillo (se escogerá el valor más alto entre la arteria pedia y la tibial posterior de cada miembro inferior) entre el valor de la PAS más alta de cualquiera de las arterias braquiales. Así se obtiene un valor para cada miembro inferior. La determinación es breve, se le puede realizar en aproximadamente 20 minutos, barata, sólo se necesita un esfigmomanómetro analógico y un doppler portátil con sonda de 8 MHz y reproducible con mínima variabilidad intraobservador.

MÉTODOS: (ACTIVIDADES REALIZADAS)

Estudio longitudinal de 1 año y 1m de seguimiento (2016-2017) de una cohorte de personas 35 a 74 años, diabéticas y/o fumadoras, con ITB < o igual a 9 pertenecientes al Centro de Salud de Albarracín. Se excluirán los pacientes con ECV ya diagnosticadas.

Se valorarán la edad, el sexo, si es diabético o/y fumador, y además si tiene Hipertensión Arterial, Dislipemia, el IMC, el RCV según la tabla de Regicor al inicio y al final del estudio.

A la Cohorte seleccionada se actuará de manera terapéutica sobre los FRCV intentando reducir el riesgo CV en un 20% del calculado al inicio del estudio.

INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:

- 1- Pacientes de 35 a 74 años, diabéticos o fumadores y/o con otro FRCV, con ITB < e igual a 0.9 (%).
- 2- Pacientes de 35 a 74 años, diabéticos o fumadores y/o con otro FRCV, con ITB>0.9 (%).
- 3- Comprobar el % de pacientes con determinante RCV que tiene la EAP establecida, estimando la prevalencia de la enfermedad en nuestra población.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS PARCIALES:

Se han realizados 54 ITB con 12 resultados < o igual a 0,9 por lo tanto la incidencia de sujetos con alta probabilidad de tener EAP, encontrada en nuestra población es de 22,22%.

De los casos seleccionados 16.66% (2 de 12) tienen una ITB de 0.4 a 0.6, isquemia moderada.

La media de edad encontrada es de 64.41, siendo el más joven de 42 años y el mayor 74. Si valoramos solamente las mujeres observamos que la media de edad es 57,25 y el 50% (2 de 4) diabéticas (68 y 74 años) y 50% (2 de 4) son fumadoras (45 y 42 años)

Según el sexo el 66,66%(8/12) son varones (2 varones para 1 mujer).

75% de los sujetos son diabéticos y, además, tienen Hipertensión Arterial Sistémica como FR adicional. De estos 55.5% son Dislipémicos.

De los sujetos fumadores encontramos una incidencia de 20.83% (5 de 24), siendo además diabéticos el 40% (2 de 5).

De los diabéticos no fumadores encontramos una incidencia de 23.33% (7 de 30).

En relación al IMC el 58.33% tiene sobrepeso y el 25% obesidad u obesidad mórbida.

Al seleccionar los pacientes hemos realizado el RCV inicial. La media de RCV inicial, según las tablas de Regicor, es de 5.58 riesgo moderado, con una variabilidad de 5 a 11.

Según nuestros indicadores hemos encontrado:

- 1- Los pacientes con ITB < o igual a 0,9 encontrada en nuestra población es de 22,22%.
- 2- A respecto de los pacientes con ITB>0.9 hemos obtenido 42 de 54 posibles, que equivale a 77,78%.
- 3- Hemos comprobado que la media del RCV, según la Tabla de Regicor, de los pacientes con ITB < o igual a 0.9 es de 5.58, moderado.
- 4- Solo veremos si se cumplen las expectativas del Equipo con la valoración del RCV al final del estudio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gran mayoría de guías de práctica clínica sobre prevención de riesgo cardiovascular (CV) recomienda la estimación del riesgo CV para lograr una intervención terapéutica eficiente cuyo objetivo principal es disminuir la morbimortalidad cardiovascular asociada. Se ha comprobado que también pacientes con bajo o moderado RCV tienen alta probabilidad de tener EAP.

En AP el diagnóstico de Enfermedad Arterial Periférica subclínica ha de ser considerado en los pacientes con FRCV principalmente la Diabetes y el Tabaquismo. En distintos estudios epidemiológicos se ha estimado que la prevalencia de EAP ha oscilado entre un 1.4%, con historia, exploración y cuestionarios, a 6.1% con el índice tobillo brazo (ITB). Los estudios de prevalencia varían de forma muy significativa dependiendo de la población estimada. Tras el estudio, hasta el momento, hemos estimado una incidencia alta de 22.22% de probable EAP en nuestra población, además la mayoría de nuestros pacientes son diabéticos con un RCV moderado, según las tablas de Regicor. El ITB es una herramienta eficaz en encontrar EAP incluso en pacientes con bajo RCV.

Se ha observado que los pacientes seleccionados presentaban, además del FR para incluirles en el estudio (Diabetes y/o Tabaquismo), HAS y, otro u otros FRCVs.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0851

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL INDICE TOBILLO BRAZO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL Y LA REDUCCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

En nuestro estudio observamos que el tabaquismo en mujeres ha probablemente causado EAP de manera temprana (menor que 50 años). Seguiremos recolectando datos y en este último trimestre esperamos aportar más conclusiones. Es conveniente señalar que hemos tenido algunas dificultades en la realización del estudio. Tenemos un aparato de Doppler para 18 consultorios médicos, un Centro de Salud y dos Puntos de Atención Continuada dispersos en el extenso territorio de la Sierra de Albarracín. El horario de consulta médica coincide con el horario laboral de la mayor parte de nuestros pacientes de 35 a 65 años que tenían que venir y disponer de un tiempo para realizar una prueba con fines científicos. Para terminar al final de estudio realizaremos una reunión para aportar nuestros resultados y conclusiones a nuestro Equipo de Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/851 ===== ***

Nº de registro: 0851

Título
IMPLEMENTACION DEL INDICE TOBILLO BRAZO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL Y LA REDUCCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Autores:
DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA, CASTILLON ALFAYE IGNACIO, LASHERAS BARRIO MONICA, LORENZ DE LA PUENTE GLORIA, MARTIN CLEMENTE MANUELA, ORTE GUERRERO JAVIER, PEREZ LAZARO CAROLINA, SANCHEZ MOLINA EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

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

PROBLEMA
Trabajamos en un medio rural, disperso, envejecido y alejado del centro hospitalario de referencia. La Enfermedad Arterial Periférica (EAP) es una enfermedad infradiagnosticada en nuestro medio que puede detectar Enfermedad Cardiovascular (ECV) subclínica en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. El Índice Tobillo Brazo (ITB) es una prueba sencilla, económica, no invasiva, reproducible y accesible en Atención Primaria (AP), con una gran utilidad en la detección de ECV en sujetos con factores de riesgo que, hasta ahora, no se había utilizado en nuestro centro. La ITB se calcula dividiendo la presión arterial sistólica (PAS) de cada tobillo (se escogerá el valor más alto entre la arteria pedia y la tibial posterior) entre el valor de la PAS más alta de cualquiera de las arterias braquiales. Así se obtiene dos valores de la ITB para cada miembro inferior, seleccionando como definitivo el más bajo de los dos. La determinación es breve, se puede realizar en aproximadamente 20 minutos, barata, sólo se necesita un esfigmomanómetro y un doppler portatil con sonda de 8 Mhz y reproducible con mínima variabilidad intra e interobservador.

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar patología CV subclínica, incidir en los factores de riesgo, comprobando la reducción del RCV con medidas terapéuticas eficaces.

MÉTODO
Búsqueda activa de casos por el personal sanitario que trabaja en el Centro de Salud de Albarracín. Se remitirá al grupo de trabajo los datos de posibles casos; pacientes mayores de 50 años, diabéticos o fumadores y/o otros factores de riesgo CV, de los distintos consultorios dependientes del Centro de Salud. Selección de pacientes con ITB < o igual a 0.9. Medición del ITB, de los seleccionados, al inicio y al final del estudio tras las medidas terapéuticas oportunas. Las tareas se supervisarán por el responsable del equipo de calidad.

INDICADORES
Pacientes de > 50 años, diabéticos y/o otro FR con ITB < e igual a 0.9 (%)
Pacientes de > de 50 años, fumadores y/o otro fctor de riesgo con ITB > o igual a 0.9 (%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0851

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL INDICE TOBILLO BRAZO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL Y LA REDUCCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Se espera conseguir una reducción del RCV del 20 % del calculado previamente al concluir la actividad.

DURACIÓN

Inicio el 01 de noviembre de 2016.

Fin 31 de octubre de 2017.

Reuniones trimestrales para la recopilación de datos y seguimiento de la implementación de la actividad.

Reunión al final de la actividad para informar al EAP de lo resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1250

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE MANUELA MARTIN CLEMENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAORDEN ESTEBAN MERCEDES
LORENZ DE LA PUENTE GLORIA
ORTE GUERRERO JAVIER
SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2 a 10 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación) o de polvo seco (unidosis o multidosis).

- Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
- Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se han indicado las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las de higiene del propio paciente después del tratamiento.

Para la realización de estos talleres se han utilizados Inhaladores placebo, los inhaladores propios de los pacientes y una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

Cronograma (actividades realizadas)

- Cada miembro del equipo ha elaborado un listado con pacientes EPOC y ASMA de su población asignada, inhaladores utilizados y tipo de sesión a realizar individual o grupal en función de nº de pacientes, edad, disponibilidad para desplazarse de los usuarios. (Mayo 2017).
- Reunión miembros equipo de mejora para definir población diana, sesiones. (31 Mayo 2017).
- Elaboración Power Point para reforzar talleres. (Junio 2017).

Responsable del Proyecto.

- Captación por parte de cada profesional de la población diana y fijación de fecha para sesión (individual o grupal).
- Calendario de sesiones realizadas:

LOCALIDAD PONENTE /FECHA

ALBARRACÍN MANUELA MARTÍN/MERCEDES LAORDEN
22/06/2017 8 Asistentes

ROYUELA MANUELA MARTÍN
29/06/2017 6 Asistente

VILLAR, JAVIER ORTE

GUADALAVIAR

GRIEGOS SEPTIEMBRE/NOVIEMBRE 6 ASISTENTES
(sesiones educación individuales)

ORIHUELA MANUELA MARTÍN/GLORÍA LORENZ
BRONCHALES 25/10/2017 13 ASISTENTES

ROYUELA
(2ª SESIÓN) MANUELA MARTÍN
30/11/2017 6 ASISTENTES

- Al final de cada sesión grupal se paso una hoja de recogida de firmas de asistencia.
- En las localidades de Villar del Cobo, Guadalaviar, Griegos, Frías de Albarracín y Tramacastilla debido a las características de los pacientes (nº insuficiente para hacer grupo, edad avanzada, dificultad de desplazamiento) se ha optado por realizar sesiones individuales.
- En algún Taller ha asistido algún cuidador (Royuela, Orihuela y Bronchales) y pacientes que usan inhaladores pero no son población diana de este proyecto, En concreto han sido 4 personas.
- Evaluación de indicadores y conclusiones. Enero 2018

No se paso test de evaluación de conocimientos adquiridos debido a la elevada edad de la mayoría de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1250

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

asistentes y nivel educativo.

Además se reforzó y comprobó la técnica de forma individual en consulta programada en sucesivas visitas, con su correspondiente registró en OMI-AP (actividades enfermería, Educación para la salud uso de inhaladores).

La segunda sesión grupal solo se desarrollo en la localidad de Royuela por razones organizativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A fecha de 31 de diciembre de 2017 la prevalencia de EPOC en nuestra Zona Básica de Salud de Albarracín era del 2,95 %; 45 pacientes (dato extraído del cuadro de mandos Acuerdo de Gestión).

En nuestro Proyecto de calidad han participado 34 personas, de las cuales 21 eran EPOC (el 46 % de los pacientes de la zona), 9 pacientes con el diagnóstico de ASMA Y 4 personas más que usan inhaladores pero no están incluidas como población objeto del Proyecto (EPOC/ASMA). También ha asistida algún cuidador tanto en los Talleres grupales como en las sesiones individuales.

Vistas las cifras la captación /participación de pacientes EPOC ha sido baja, por debajo del 50 %. La puesta en marcha de este Proyecto ha coincidido en el tiempo con los meses de verano, periodo en el cual hay mayor presión asistencial en la Zona de Salud de Albarracín y el periodo vacacional del personal, con lo que ha sido complicado desarrollarlo hasta pasado estos meses.

Para el cálculo de los indicadores se ha cogido a las 30 personas que cumplen el criterio de diagnóstico EPOC O ASMA, que han participado tanto en taller y/o sesión individual.

Los periodos de tiempo para evaluar han sido del 1 de Julio al 31 de Diciembre de 2017 para el primer indicador; para los otros tres se ha comparado el periodo de tiempo del 1 de julio al 31 de diciembre del 2016 y el 2017.

La evaluación de los indicadores se ha realizado mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; receta electrónica para consultar dispensaciones de inhaladores y la Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el proyecto. La misma se ha realizado en el mes de enero de 2018 al acabar de desarrollar el proyecto.

Los indicadores evaluados son los siguientes:

- % Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta

De los 30 pacientes, solo 20 (un 66%), sacaron los inhaladores en tiempo: observando que en el cupo médico donde participo el facultativo en el proyecto es donde más alto nº de pacientes los retiraron bien, un 83 % (5 de 6)

UN 66% DE LOS PACIENTES RETIRARON LAS RECETAS DE LOS INHALADORES EN TIEMPO

Este indicador no se ha alcanzado. Punto de mejora.

- % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)

En 2016 tuvieron 7 pacientes, uno 2 episodios, de agudizaciones de EPOC; de estos pacientes solo uno tuvo un episodio reagudización en 2017.

Un 87 % de pacientes redujeron las agudizaciones de 2016 a 2017.

Se ha alcanzado el objetivo de reducción de agudizaciones en los pacientes que se habían reagudizado en 2016.

- % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (50%)

EN 2016 INGRESO, DE TODOS LOS PACIENTES PARTICIPES DEL PROYECTO, 1 SOLO USUARIO POR ESTE MOTIVO QUE NO INGRESO EN 2017.

SE REDUJERON EN UN 100 % LOS INGRESOS ENTRE 2016 Y 2017

- % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

LOS EPISODIOS DE CANDIDIASIS SE REDUJERON UN 100 %

Un solo paciente tuvo candidiasis en 2016 y no en 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La mala técnica de los pacientes al administrarse estos tratamientos. Los errores principales y más repetidos han sido:

- ? No aguantar la respiración tras la inhalación (apnea).
- ? No agitar de nuevo (para cartuchos presurizados).
- ? No realizar la espiración máxima antes de proceder a la inhalación.
- ? No agitar el dispositivo (para cartuchos presurizados).
- ? No sincronizar la activación de cartucho presurizado con la inspiración.
- ? No inspirar enérgicamente en caso de dispositivos de polvo seco.

- La necesidad de adecuación de los dispositivos indicados a estos pacientes al estado cognitivo, físico, edad y nivel de comprensión del paciente para la efectividad del tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1250

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

- El desconocimiento de CASI TODOS a los que se les ha realizado el taller/educación individual de la limpieza de los diferentes dispositivos.
- La importancia de reforzar en consulta programada de manera periódica los conocimientos adquiridos y la técnica.
- La variabilidad en el registro en la Historia Clínica de los episodios de agudización de EPOC; agudizaciones reflejadas como apuntes en el episodio de EPOC o crear episodios nuevos con diferentes etiquetas diagnósticas, no la de agudización EPOC).
- Casi todos conocían y realizaban correctamente la higiene bucal después de realizar los inhaladores; únicamente hubo un episodio de candidiasis orofaríngeas en 2016.
- En aquellas localidades donde el facultativo era participe del Proyecto fue donde más nº de pacientes retiraron correctamente en tiempo los inhaladores (5 pacientes de 6); lo que constata la necesidad de supervisar periódicamente las dispensaciones, para comprobar que se hacen o en su caso, detectar mala adherencia terapéutica e intentar corregirla.
- Proyecto educativo breve, sencillo y asequible para la mayor parte de la población. Está pensado para un paciente tipo geriátrico.
- Probablemente, la ausencia de formación continuada sea la responsable de la falta de conocimiento que demuestran las enfermeras sobre nuevas técnicas, nuevas tecnologías (programas informáticos) entre otros. De hecho, en el caso particular de los inhaladores, encontramos en la bibliografía ciertos estudios en los que se deja constancia del desconocimiento, en ocasiones, del personal sanitario en el manejo de estos dispositivos así como un desconocimiento y escasa aplicación de las guías concernientes al manejo de patologías respiratorias crónicas.
- La valoración positiva que han expresado verbalmente los pacientes de realizar este tipo de actividades (talleres grupales).
- Es un área de trabajo donde se puede mejorar mucho en todos los aspectos, desde la captación y participación de los pacientes EPOC, la supervisión en cuanto a la adherencia terapéutica y dispensaciones de inhaladores y la realización de talleres grupales para educación en el uso de inhaladores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1250 ===== ***

Nº de registro: 1250

Título
EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Autores:
MARTIN CLEMENTE MANUELA, LAORDEN ESTEBAN MERCEDES, LORENZ DE LA PUENTE GLORIA, ORTE GUERRERO JAVIER, SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El EPOC es la cuarta causa más común de enfermedad y la única que está en aumento. Esta enfermedad conlleva una gran carga de morbimortalidad y puede suponer para el paciente una limitación importante en su actividad diaria, frecuentes visitas médicas de control, seguimiento y atención de urgencias, así como hospitalizaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1250

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

con su consecuente costo económico y social.

El autocuidado es un término aplicado a los programas educacionales encaminados a enseñar las habilidades necesarias para realizar regímenes médicos específicos para la enfermedad, guiar el cambio de conductas de salud y prestar el apoyo emocional a los pacientes para el control de su enfermedad y vivir una vida funcional.

Los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental del equipo profesional para control y seguimiento de esta enfermedad.

El plan de mejora que se presenta, contempla desde una serie de sesiones organizadas de educación para la salud individual, como una intervención grupal.

Se ha detectado la necesidad de formar a los pacientes que utilizan inhaladores de forma habitual debido a las siguientes circunstancias:

Pacientes con un dispositivo que no es adecuado a sus condicionantes tanto físicas, psíquicas y sociales no obteniendo el efecto terapéutico deseado.
Muchos pacientes consiguen beneficios incompletos con el tratamiento a consecuencia de una mala técnica de inhalación.

La situación de partida en el diagnóstico de EPOC, en el Sector de Teruel, es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se están desarrollando una serie de proyectos con objetivos comunes para mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores. Se pretende aumentar la realización de espirometrías y mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.-Conseguir la correcta realización del tratamiento con un buen adiestramiento en manejo de inhaladores y accesorios de los pacientes con diagnóstico de Asma EPOC del Centro de Salud de Albarracín
- 2.-Disminuir el número de exacerbaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
- 3.-Disminuir la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis.

MÉTODO

1. Elaboración listado de los pacientes con diagnóstico Asma-EPOC en tratamiento con inhaladores. Médico y/o enfermera/o. Abril 2017
2. Captación de la población diana. Médico y/o enfermera/o. Abril 2017.
3. Sesiones grupales, dos; una en Mayo-Junio 2017 y la segunda Octubre-Noviembre 2017. Médico y/o enfermera/o.
4. Sesiones individuales de refuerzo: consulta programada. Médico y/o enfermera/o.
5. Evaluación de resultados y de la adquisición de conocimientos y habilidades. Coordinadora del proyecto. Diciembre 2017

INDICADORES

- % Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta
- % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
- % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (50%)
- % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

DURACIÓN

Duración del proyecto: 18 Abril- 31 Diciembre 2017.

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa.

Realización de una encuesta a los participantes al principio y final 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 - 2016/1250

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1251

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FILTRADO GLOMERULAR Y NEFROTOXICIDAD POR AINES

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE EVA MARIA SANCHEZ MOLINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ LAZARO CAROLINA
HERNANDEZ LAHUERTA RAMON
ROMEO MARTIN NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se estimó el filtrado glomerular a la población diana, en la primera mitad del año, al principio se revisaron analíticas que estaban realizadas en el periodo 2016 hasta mitad de 2017, si alguno no tenía analítica y venía a consulta se le pedía. Posteriormente a aquellos con FG bajo, se añadieron a una tabla, y se revisó su tratamiento habitual buscando la toma de AINES u otros fármacos nefrotóxicos de forma crónica. Además se añadió en la tabla, una columna para anotar otros FRCV.

A todos los que se les ha detectado un FG por debajo de 60 se les ha abierto el episodio de Insuficiencia Renal Crónica y se les ha añadido a la tabla para un posterior control analítico tras la actuación pertinente.

Aquellos FG bajo y que tomaban nefrotóxicos, se actuó en consecuencia, si eran AINES, se les retiró, dejándolos sólo para toma en procesos agudos, y si eran otros fármacos, se intentó cambiar o bajar su dosis.

Aquellos con FRCV asociados, HTA, mal controlada, o DM con hemoglobinas glicadas altas, se intensificaron las medidas de control.

Fecha:

Captación analíticas de 2016 y principios de 2017 y seguimiento durante el 2017 con analíticas de control y finalización durante la segunda mitad de 2017. Fecha de finalización en diciembre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados:

De un total de 300 pacientes mayores de 75 de las tres localidades, se realizó filtrado glomerular (FG) mediante la ecuación de CKD- EPI, en condiciones basales a 258 pacientes, hasta mediados de año de 2017. Quedaron excluidos, hasta ese momento, del estudio 36 por las siguientes razones:

4 por fallecimiento
20 por enfermedad renal crónica estadio avanzado en control por nefrología
Resto pacientes por no acudir a consulta habitualmente o ser desplazados temporales.

De los FG hasta entonces realizados, 124 pacientes presentan un FG por debajo de 60 y 9 de ellos menor de 35. Hasta entonces 72 casos se confirmaron con analíticas a los 6 meses de la primera. Con todos estos datos, se realizó una tabla donde incluimos además del FG, los tratamientos crónicos, si toma o no AINES, otros nefrotóxicos y factores de riesgo cardiovascular. Se implementaron en estos pacientes dos medidas, retirar AINES y nefrotóxicos en la medida de lo posible y control de otros factores de riesgo cardiovascular como hipertensión, dislipemia y glucemias. En cuanto a la toma de AINES, de los casos analizados, sólo en un caso se encontró la toma de los mismos, que fue retirado en una revisión de tratamiento en 2016. En el resto no se ha encontrado su consumo de forma continuada, se ha visto un caso de toma de nlotil, solo de forma esporádica, dos casos de toma alopurinol.

En cuanto al control analítico en la segunda mitad de año, y tras intensificar las medidas de control de FRCV, educar a la población diana sobre el uso de AINES y sus riesgos y realizar cambios en su tratamiento antihipertensivo, sobre todo disminuir diuréticos y ajustar tratamiento para evitar el daño renal, se han obtenido los siguientes datos:
Han mejorado la función renal en 22 casos, se ha visto que en la mayoría de estos casos, ha mejorado el control de la TA y ha disminuido la Hb glicosilada en los diabéticos, salvo en un caso, que a pesar de mejorar la función renal, la hb glicosilada estaba similar y en torno a 8.

En 7 de los pacientes, la función renal ha empeorado, uno de ellos ha coincidido con un ingreso hospitalario por fractura de femur con la consecuente toma de AINES.

25 de los pacientes han matenido estable su función renal, uno de ellos ha tenido que tomar AINES por crisis repetidas de gota.

Hemos perdido en esta segunda mitad del año 18 pacientes por los siguientes motivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1251

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FILTRADO GLOMERULAR Y NEFROTOXICIDAD POR AINES

10 no han acudido a consulta para control analítico.
3 de ellos han sido pérdidas por fallecimiento.
2 de ellos son pacientes en estado terminal, en seguimiento por ESAD.
3 por control en nefrología.

Hemos captado en analíticas de control dos nuevos casos de IRC. Uno de ellos con un FG casi normal en 58, pero coincidiendo con un proceso anémico y otra de ellos con FG de 44, no conocida anteriormente ya que es nueva en la zona.

Porcentaje de cumplimiento:

-% de pacientes >75 años con realización de FG / pacientes >75 años 86 por ciento.

2- Porcentaje de pacientes estudio con Riesgo Renal

-% de pacientes >75 a con FG en tratamiento con fármacos nefrotóxicos / pacientes >75 a con FG ---2 por ciento

3- Porcentaje de pacientes beneficiados de nuestro proyecto:

- Número % de pacientes >75 a con FG con modificaciones en el tratamiento habitual / pacientes >75 a con FG --> 0,3 por ciento

- Porcentaje de pacientes mayores de 75 años con FG alterado y que han recibido consejos en los FRCV en relación con los pacientes mayores de 75 años con FG alterado: 100 %.

4- Efectividad del proyecto:

Diferencia entre porcentaje de nuestros pacientes estudio con Riesgo Renal y pacientes beneficiados de nuestro proyecto : 32 pacientes al final del estudio ya que hemos perdido 18 y han mejorado la función renal 22.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones:

En la población de los tres municipios de la Sierra de Albarracín, implicados en el estudio, no se produce un abuso de los AINES, y en general está bien controlado el uso de otros nefrotóxicos.

En la mayoría de los casos no hemos podido retirar o disminuir ciertos antihipertensivos dado que son necesarios para mantener adecuadamente el control de la TA, no obstante se han intensificado las medidas nefroprotectoras, en todos los pacientes de nuestro estudio, mejorando en un gran número de casos la función renal.

Aunque se necesitan estudios mucho más precisos y analíticos, si que podemos intuir que existe una relación directa entre el control adecuado de los factores de riesgo cardiovascular, sobre todo hipertensión arterial y diabetes, y la función renal. Esto nos afirma en la necesidad que tenemos los sanitarios de realizar una adecuada educación individualizada a nuestros pacientes, concienciarlos de la importancia del control adecuado de sus enfermedades crónicas y la toma de fármacos, para evitar daños futuros renales.

Es un proyecto muy interesante, gracias a el hemos repasado los tratamientos, en aquellas personas más susceptibles, hemos podido diagnosticar casos de IRC, en estadios iniciales, lo que nos ha permitido intensificar medidas para adecuado control de sus FRCV. Además nos ha ayudado a concienciarnos aún mas sobre la importancia del manejo de AINES, es por ello que recomiendo la realización de proyectos similares, que nos permitan mejorar la atención global de nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1251 ===== ***

Nº de registro: 1251

Título
ESTUDIO DE FILTRADO GLOMERULAR Y NEFROTOXICIDAD POR AINES

Autores:
SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, PEREZ LAZARO CAROLINA, HERNANDEZ LAHUERTA RAMON, ROMERO MARTIN NATIVIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1251

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FILTRADO GLOMERULAR Y NEFROTOXICIDAD POR AINES

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El envejecimiento de la población, conlleva un aumento de patologías crónicas y osteoarticulares que en numerosas ocasiones precisan del uso concomitante de AINES y fármacos que potencian la nefrotoxicidad. Con este proyecto, se pretende valorar la función renal en mayores de 75 años, y revisar entre sus tratamientos la toma de aines de forma continuada y actuar en consecuencia.
Quedan excluidos del estudio los pacientes que ya presentan IR diagnosticada y / o están en seguimiento por nefrología.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir yatrogenia, riesgo de triple Whammy en pacientes mayores de 75 años.
Detectar daño renal en estadios iniciales que puedan revertirse al modificar tratamiento crónico y factores de riesgo cardiovascular.
En caso de detectar daño renal moderado avanzado remitir a nefrología, según protocolos actuales, quedando excluidos del estudio.

MÉTODO

Realizar un filtrado glomerular a la población diana al principio del estudio:
-Si este es normal, y el paciente tiene prescritos fármacos nefrotóxicos, retirar aquellos que no sean imprescindibles (AINES).
-Si el FG está afectado y estamos ante un estadio inicial-moderado de IR, se procederá del mismo modo pero se realizará además otro filtrado glomerular al final del estudio para valorar la mejoría de la función renal.

INDICADORES

1.- Porcentaje de cumplimiento:
% de pacientes de >75 años con realización de FG / pacientes >75 años..... 40%.
2:- Porcentaje de pacientes estudio con riesgo renal:
% de pacientes >75 años con FG en tratamientos con fármacos nefrotóxicos/pacientes >75 años con FG.
3.- Porcentaje de pacientes beneficiarios de nuestro proyecto:
% de pacientes >75 años con FG a los que hace modificaciones en su tratamiento.

DURACIÓN

Inicio en Abril de 2017.
Finalización en 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 - 2016/1446

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE IGNACIO CASTILLON ALFAYE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LASHERAS BARRIO MONICA
RODRIGUEZ MANZANILLA JOSEFA
SENOSIAIN IBAÑEZ JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han hecho los contactos y las entrevistas necesarias con el Servicio de Oftalmología del HOP de Teruel para impulsar y dar coherencia al proyecto. Desde este servicio se crea una comisión para apoyar y mejorar la comunicación entre los niveles de AE y AP, inicialmente con el EAP de Albarracín, para posteriormente hacerlo con el resto de EAPs del Sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Correos y acta de colaboración entre el servicio de Oftalmología del HOP de Teruel y el EAP de Albarracín

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Posibilidades de mejorar la comunicación, el trabajo cotidiano y la eficacia en la atención de calidad al usuario/a de la Retinopatía diabética como marcador precoz de pronóstico de afectación vascular en personas con diabetes, y pie diabético.

7. OBSERVACIONES.

Desde que se presenta el proyecto en su primera convocatoria, antes del 14-10-17, no se nos envía confirmación por correo electrónico de la recepción y aprobación del proyecto desde Comisión que valora los proyectos de calidad la Dirección General de Asistencia Sanitaria en Atención Primaria, sin saber si la valoración ha sido favorable o no favorable. Se escriben dos correos pidiendo una explicación o aclaración en octubre y diciembre de 2016, sin recibir respuesta.

En marzo de 2017 se reúne la DAP de Teruel y la coordinación del EAP de Albarracín, con motivo de diseñar y firmar el Contrato de Gestión de 2017. Se comenta que no se ve claro este proyecto, se deja fuera y se sustituye por otro proyecto propuesto por la DAP. En ningún momento se avisa, se comunica o se piden explicaciones al responsable del proyecto.

En junio de 2017 se vuelve a abrir la convocatoria de presentación de proyectos, incluyendo los de salud comunitaria. Se vuelve a mandar el formulario y entonces se recibe la respuesta favorable de que el proyecto ha sido recibido y aprobado.

Tras el verano no se han podido reiniciar las gestiones necesarias para retomar el proyecto y volver a impulsarlo. Se va a iniciar el 2018.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1446 ===== ***

Nº de registro: 1446

Título
MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS

Autores:
CASTILLON ALFAYE IGNACIO, SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, LASHERAS BARRIO MONICA, DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA, RODRIGUEZ MANZANILLA JOSEFA, SENOSIAIN IBAÑEZ JESUS, ORTE GUERRERO JAVIER, PEREZ LAZARO CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Diabetes
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Mejoría comunicación y coordinación entre AP y AE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1446

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde que se instaura en el Sec.Teruel la retinografía diabética extrahospitalaria y se plantea desde qué nivel sanitario deben hacerse los informes iniciales, surgen una serie de deficiencias comunicativas entre la AP y la AE. El Sº de Oftalmología (SO) del HOP Teruel se ve desbordado para realizar este trámite por la falta de personal y la cantidad de demanda sanitaria que tiene que asumir diariamente en su consulta cotidiana habitual. Desde la AP se ha venido realizando dicho trámite, inicialmente de forma remunerada y posteriormente de forma voluntaria. Hoy en día solo una MAP se encarga de la lectura y la elaboración de informes de las retinopatías diabéticas no midriáticas que se realizan en el todo el Sec.Teruel con la sobrecarga y retraso en el trabajo que esto conlleva, y las consecuencias en las deficiencias en el diagnóstico y el seguimiento de los y las pacientes con RD que pueden acarrear. Este proyecto pretende solventar y mejorar la comunicación entre los niveles de AP y AE respecto a esta técnica diagnóstica y de seguimiento, y con ello mejorar la eficacia y la eficiencia de los screenings para conservar la salud de las retinas de los pacientes diabéticos

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la comunicación entre el nivel de AP del Sec.Teruel (inicialmente desde el EAP Albarracín) con el SO del HOP Teruel
- Elaborar un protocolo o procedimiento para incrementar la agilidad y la eficiencia en la presentación de los informes de las retinografías diabéticas realizadas en la AP del Sec.Teruel (inicialmente desde el EAP Albarracín)
- Hacer una revisión y plan de mejora de las herramientas y programas informáticos que se están utilizando para la lectura y elaboración de informes de las RD desde los niveles de AE y AP.
- Crear una comisión de seguimiento en el Sector para evaluar periódicamente los logros y detectar las posibles deficiencias, errores e incoherencias del trabajo conjunto y coordinado entre la AP y la AE

MÉTODO

- Se plantea crear un directorio telefónico y de correos electrónicos
- Planificación de un cronograma de reuniones entre la AP y la AE para la elaboración del protocolo o procedimiento para aumentar la eficacia y eficiencia en la realización de los informes de las retinopatías diabéticas por parte de un grupo de trabajo elegido desde el SO del HOP Teruel y el EAP Albarracín.
- Revisión y evaluación conjunta y grupal de la vigencia y pertinencia de los actuales protocolos, algoritmos y procedimientos generados en el nivel I (SALUD) y las posibilidades de adaptarlo a la realidad del Sec.Teruel.
- Elaboración de un nuevo protocolo o procedimiento que incluya las aportaciones de este grupo de trabajo como son las retinografías artefactadas, errores diagnósticos, errores de citación, cronograma anual por subsectores, dudas desde el grupo de Lectores Especializados de AP, y otras incidencias que pueda surgir en el desarrollo de este trabajo.
- Realización de una sesión clínica en EAP Albarracín con la formación sobre la realización de informes de las retinografías diabéticas, las indicaciones y los algoritmos de la misma. Propuesta de que cada MAO inicie la lectura y elaboración del informe diagnóstico de RD de sus pacientes diabéticos, según las TIS que vayan ligadas a su plaza.
- Establecer con la DAP Teruel un plan de formación en el resto de EAPs a lo largo del 2017 para involucrar a más MAO de AP que puedan colaborar con la lectura y elaboración de informes de las RD realizadas en el Sector, y su organización por subsectores.

INDICADORES

- Actas de las reuniones del grupo de trabajo encargado de la elaboración del protocolo indicando sus participantes y sus contactos, así como el plan de trabajo para la mejora propuesta por este proyecto.
- Presentación del protocolo o procedimiento de colaboración y comunicación entre el SO del HOP Teruel y el EAP de Albarracín para el diagnóstico y seguimiento de la retinografía diabética a la DAP del Sec.Teruel y la Dirección del HOP Teruel.
- Evaluación de la pertinencia y utilidad del protocolo o procedimiento creado. Establecimiento de un Plan de mejora en cuanto al seguimiento de dicho protocolo o procedimiento.
- Establecimiento de un grupo de Lectores/as Especializados/as de la AP estratégicamente distribuidos/as por los distintos subsectores del Sec.Teruel, que puedan organizar y racionalizar el trabajo a realizar, así como tener disponible un canal de comunicación directo, bidireccional y efectivo con el nivel de AE del SO del HOP Teruel.

DURACIÓN

- 1º trimestre 2017: inicio del proyecto, creación del directorio de comunicación del proyecto, y consolidación del grupo de trabajo.
- 2º trimestre 2017: elaboración y presentación del protocolo o procedimiento de colaboración y comunicación entre el SO del HOP Teruel y el EAP Albarracín para el diagnóstico y seguimiento de la retinografía diabética
- 4º trimestre de 2017: evaluación y retroalimentación de la puesta en marcha del procedimiento. Presentación a la DAP Teruel y planteamiento de aplicarlo al resto de EAPs del Sec.Teruel. Finalización del proyecto

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1446

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1724

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICO Y DESA

Fecha de entrada: 02/01/2018

2. RESPONSABLE MONICA LASHERAS BARRIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MOLINA EVA MARIA
ORTE GUERRERO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente se tuvieron reuniones con los responsables municipales de Jabaloyas, Valdecuencia, Griegos, Guadalaviar, Villar del Cobo y Bronchales. Los responsables de estos contactos fuimos los/as médicos/as de dichos pueblos (Mónica, Javier y Carolina). De la misma manera se contactó y se hizo una reunión con el AMPA de Albarracín (hizo el contacto Elena) y con los profesores de Orihuela del Tremedal (Katia). También se realizaron llamadas e e-mails con la responsable del IES de Albarracín (Eva y Mónica). En todos estos contactos se acordaron los contenidos de las sesiones, número de ellas, horarios, fechas, duración, etc. Se coordinó con el Club de Montaña de Teruel (Nacho) y con secretaría de SAMFC (Mónica), para el préstamo, recogida y devolución de los muñecos para practicar la RCP y simulador de DESA. En las reuniones del grupo de comunitaria se iban comentando los avances en la coordinación de los talleres y se hizo el reparto de los profesionales que íbamos a dar cada sesión. Para la preparación de los materiales de las sesiones, Mónica hizo un primer boceto y después, vía telemática se fueron completando, modificando...

Para cada una de las sesiones fue necesaria previamente su difusión para que asistiera el mayor número de participantes posible. Para ello se colocaron carteles en los consultorios de cada pueblo en el que se realizó el taller. Se informó al consejo de salud de la realización de dichos talleres y las fechas de los mismos (los que se habían realizado y los pendientes de realizar). En algunos casos la difusión también fue vía telefónica, e-mail y/o WhatsApp (como es el caso del AMPA, el IES y los profesores de Orihuela). También se colgó la información en el blog de la asociación APSMA (Asociación para la Promoción de la Salud y el Medio Ambiente de la Sierra de Albarracín) <http://apsmasierraalbarraquin.blogspot.com.es/>. Y se fue comunicando al EAP (Equipo de Atención Primaria) las fechas y lugares de la realización de los talleres para ver si quería participar más gente o venir como observadora.

Los talleres realizados, sus lugares, fechas y responsables de los mismos fueron los siguientes:

- Jabaloyas: 29 de Septiembre de 2016; Mónica y Nacho.
- Valdecuencia: 04 de Octubre de 2016; Mónica.
- Guadalaviar: 03 de Abril de 2017; Javier y Katia.
- Villar del Cobo: 04 de Abril de 2017; Javier.
- Griegos: 05 de abril de 2017; Javier.
- IES Albarracín: 06 de abril de 2017; Mónica, Eva, Javier, Nacho y Elena. Vinieron de observadoras dos enfermeras del EAP. Gloria y Manoli.
- Profesores de Orihuela del Tremedal: 03 y 17 de mayo de 2017; Katia.
- AMPA de Albarracín: 23 de mayo de 2017; Elena y Nacho.
- Bronchales: 29 de mayo de 2017; Carolina y Katia.

Para la evaluación de los "alumnos" se redactaron 10 preguntas de test con 4 respuestas cada una, para valorar los conocimientos sobre Primeros Auxilios y RCP básica. Dicho "examen" se pasó previa y posteriormente a la realización del taller. También se elaboró una encuesta de satisfacción específica para estos talleres que se pasaron a los asistentes posteriormente del taller. Además, en casi todos los talleres fuimos por lo menos dos docentes, y uno de nosotros hacía de observador/colaborador de dicho taller. Esto nos ayuda a evaluar la manera de dar el taller del docente, además de las encuestas. Y por último, el 12 de junio 2017, en la reunión de APSMA se evaluó la idoneidad de dichos talleres, la duración y la posibilidad de seguir formando y haciendo repaso a personas interesadas.

Todos los materiales utilizados en los talleres: power point, encuestas de satisfacción y test fueron elaborados por nosotros. La presentación fue realizada basándonos en guías de práctica clínica y según las recomendaciones de la ERC 2015 (Consejo Europeo de Resucitación). También se utilizaron videos de you tube para la simulación del uso del DESA y para el ritmo del masaje cardiaco. En la presentación enlazaba a un juego on line sobre primeros auxilios de Cruz Roja (https://www.cruzroja.es/cre/2006_7_FR/matcurfad/juegoppaa/castellano/creuroja_cd.swf) y de e-UCM (<http://www.e-ucm.es/firstAidGame/play.html>). Los muñecos de adulto y de niño, así como el simulador de DESA fueron prestados pero los usamos en todos los talleres, dada la importancia de practicar la RCP. También, posteriormente al taller, se les entregó un esquema de actuación en caso de una parada para que lo pudieran tener en su casa, cartera, etc. Este esquema fue sacado de la ERC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han formado sobre Primeros Auxilios, RCP básica y uso de DESA a un total de 164 personas. Que si consideramos que tenemos unas 3028 TIS en nuestra ZBS, corresponde al 5.42% de la población. Según cada sesión el total y las características de la población ha sido la siguiente.

- Jabaloyas: 23 participantes; muy heterogenea a nivel de edades y de permanencia en la sierra durante el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1724

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICO Y DESA

invierno; las personas clave del pueblo y que viven todo el año fueron formadas.

- Valdecuenca: 6 participantes; 5 mujeres y 1 hombre; la mayoría jóvenes y que viven de manera permanente en el pueblo.
- Guadalaviar: 20 participantes; muy heterogénea a nivel de edades; la mayoría viven de manera permanente en el pueblo.
- Villar del Cobo: 5 participantes; las personas clave y que viven en el pueblo fueron formadas.
- Griegos: 25 participantes; muy heterogénea a nivel de edades; las personas clave del pueblo y que viven todo el año fueron formadas.
- IES Albarracín: 44 alumnos y 5 profesores; chicos y chicas de 12 a 15 años que viven en diferentes pueblos de la Sierra de Albarracín.
- Profesores de Orihuela del Tremedal: 11 participantes; de ambos sexos; aunque la mayoría no viven en la Sierra de Albarracín pasan muchas horas a la semana en el centro educativo.
- AMPA de Albarracín: 15 participantes; madres y padres que viven en Albarracín.
- Bronchales: 10 participantes; de ambos sexos; edades medias; la mayoría residentes durante todo el año en el pueblo..

Para la evaluación de las competencias adquiridas pasamos un test de 10 preguntas a modo de "examen" antes de realizar el taller y el mismo después de hacerlo. Los conocimientos adquiridos valorados fueron adecuados ya que 90% de los participantes mejoró o igualó la puntuación inicial. La valoración de la adquisición de habilidades para la realización de la RCP se fue evaluando, por parte de los docentes y/o observadores, mientras se hacía la práctica con los muñecos.

También se pasaron tras el taller unas encuestas de valoración de la actividad. En las encuestas de valoración todos los participantes marcan como muy útil la realización de esta actividad porque la realidad de nuestra ZBS es que está muy dispersa y lejos de los recursos sanitarios, sobre todo algunos pueblos, y de sobra es sabido que si les damos las herramientas para actuar lo antes posible puede mejorar el pronóstico de dichas urgencias. En las observaciones sobre todo insisten en la realización periódica de esta actividad, ya que son maniobras que, por suerte, no se necesitan aplicar habitualmente, y se olvidan.

En los pueblos que existe DESA conseguimos articular un "protocolo" de actuación si se diera el caso de una parada. Se quedó acordado y en conocimiento de todos de quien tenía la llave para poderlo sacar y utilizar. Con respecto a los objetivos planteados, los tres se han cumplido, tal y como he desarrollado anteriormente. La implicación de la población en la preparación y en la difusión, fue de acuerdo a lo esperado. Y durante los talleres se fomentó mucho la resolución de dudas, el compartir experiencias, el aprender según lo vivido... Sobre todo en la parte de Primeros Auxilios. Y en la parte de la RCP al hacer la práctica, sí o sí tienen que participar de manera activa. No hay que olvidar que la actividad surge de la demanda y necesidad de la población, por lo que siempre hay mayor motivación e implicación a la hora de realizarla.

En muchas de las encuestas de satisfacción nos han hecho ver que no hemos llegado a conseguir que la gente sienta que sabe usar el desfibrilador. A pesar de llevar simulador y ver vídeo, parece que no es suficiente para que la gente se sienta segura de usarlo. Probablemente esto sea difícil de cambiar, porque o lo haces de verdad o esa percepción creemos que siempre va a ser así. Pero necesitamos profundizar en el tema e investigarlo para poder cambiar dicho sentir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos muy satisfechos/as con la actividad realizada ya que como la demanda surgió de la población, ha tenido una gran aceptación y participación. Como nos han hecho saber que hay una necesidad de seguir formándose y reciclándose periódicamente, nos planteamos hacer de manera anual o bianual dicha actividad en estos mismos pueblos/entidades. En aquellos lugares que no se ha realizado y que quieren, estamos dispuestos a darlo a lo largo del 2018.

También nos hemos dado cuenta que el material es bastante extenso, y que tal vez es dar demasiada información a personas que no están acostumbradas a ello. Por esto hemos decidido optar o por reducir el material de Primeros Auxilios para practicar más con los muñecos la RCPb y el uso de DESA o por hacerlo en 2 sesiones (una de Primeros Auxilios y otra de RCPb y DESA). Optaremos por cada una de estas opciones según las necesidades y disponibilidad de cada colectivo.

Ha habido algunos errores o discrepancias entre nosotros con respecto a los materiales, y lo hemos ido solventando conforme hacíamos los talleres en más lugares.

Con respecto a la formación de jóvenes, vemos que es importante y que pueden ser de gran ayuda en sus comunidades, pero se lo toman menos en serio y debemos hacer más práctica y menos teoría. Sobre todo en este colectivo tenemos que ser muy dinámicos y favorecer la participación de los mismos.

Lo que tiene que quedar muy claro y da valor a nuestro trabajo es que por mucho que parezca que son unos talleres de unas horas, estos tienen mucho trabajo previo a la actividad: de preparación de materiales, de estudio, de gestión y búsqueda de los muñecos, de coordinación con las entidades... Y ello debemos hacerlo llegar a nuestros compañeros/as y a nuestros superiores para que sea valorado.

7. OBSERVACIONES.

Vuelvo a mandar la memoria definitiva (ahora es final, me confundí, y en la anterior debería haber puesto de seguimiento) después de haber hecho el curso de Evaluación de proyectos de Actividades Comunitarias con Javier Gallego, según me dijo había hablado con Javier Quintín.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1724 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1724

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICO Y DESA

Nº de registro: 1724

Título
TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA

Autores:
LASHERAS BARRIO MONICA, CASTILLON ALFAYE IGNACIO, SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, ESTEVA DE ANDRES ELENA, DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA, ORTE GUERRERO JAVIER, PEREZ LAZARO CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DADA LA DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA ZONA, HEMOS PENSADO EN LA NECESIDAD DE FORMAR A LOS HABITANTES DE LA SIERRA EN PRIMEROS AUXILIOS, RCP BÁSICO Y USO DEL DESA, YA QUE EN MUCHAS OCASIONES LA ASISTENCIA MÉDICA NO PUEDE DARSE DE FORMA INMEDIATA.

RESULTADOS ESPERADOS
EL PROYECTO VA DIRIGIDO A LA POBLACIÓN DE LA SIERRA DE ALBARRACÍN, SE PRETENDE MEJORAR LA ATENCIÓN EN CASO DE NECESIDAD URGENTE DE RECIBIR PRIMEROS AUXILIOS, HASTA LA LLEGADA DEL PERSONAL SANITARIO.

MÉTODO
SE REALIZARAN TALLERES CON POWER POINT PRESENTANDO COMO SE REALIZAR PRIMEROS AUXILIOS BASICOS, EN ALGUNAS SESIONES SE USARÁ UN SIMULADOR DESA Y SE VISUALIZARÁ UN VIDEO DE COMO SE USA EL MISMO. SE EXPLICARÁ LA CADENA DE SUPERVIVENCIA Y LA REALIZACIÓN DE RCP BÁSICA Y SU SECUENCIA. TRAS LA PARTE TEÓRICA SE REALIZARÁN PRÁCTICAS CON MUÑECOS Y ENTRE LOS PARTICIPANTES SE PRACTICARÁ LA POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD Y LA MANIOBRA DE HEIMLICH.

INDICADORES
SE REALIZARAN UNAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LA ACTIVIDAD Y UN TEST DE 10 PREGUNTAS PARA VALORAR CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS PRE Y POST SESIÓN.

DURACIÓN
EL CALENDARIO SE REALIZARA A LO LARGO DE 2016-2017
LA RESPONSABLE DEL PROYECTO ES LA DRA MÓNICA LASHERAS BARRIO.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1725

1. TÍTULO

MARCHAS SALUDABLES EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

Fecha de entrada: 17/02/2018

2. RESPONSABLE CAROLINA PEREZ LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA
CASTILLON ALFAYE IGNACIO
ESTEVA DE ANDRES ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

LUGAR, FECHA DE REALIZACION Y NÚMERO APROXIMADO DE PARTICIPANTES:

1- I MARCHAS EN ORIHUELA DEL TREMEDAL Y BRONCHALES

A desarrollar en mayo/junio de 2017, los lunes desde Orihuela del Tremedal y los Jueves desde Bronchales.

- Ruta el Royo: 11/05/2017; 11 participantes.
- Ruta Sierra Alta: 15/05/2017; 7 participantes.
- Ruta de las Setas: 22/05/2017; 6 participantes.
- Ruta Los Colladillos: 25/05/2017; 11 participantes.
- Ruta Los Pradejones; 01/06/2017; 11 participantes.

2- II SALIDA MEDIOAMBIENTAL NOCTURNA SIERRA DE ALBARRACÍN

Casa de la Comunidad en Tramacastilla.

HORARIO: 19:00 h - Charla sobre cielo profundo a cargo de Antonio Marín Franch (astrofísico del CECA y

responsable del observatorio astrofísico de Javalambre).

20:30 h - Salida nocturna por el monte de Tramacastilla

FECHA: 23 de junio 2017.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 18.

3- V SALIDA MEDIOAMBIENTAL DIURNA SIERRA DE ALBARRACÍN

FECHA, LUGAR Y HORARIO:

15/09/17 a las 18:30 h en la ermita de Moscardón - Charla debate sobre fitoterapia.

16/09/17 a las 9:00 hs en la plaza del pueblo de Moscardón - Salida para identificar especies vegetales.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 25.

TOTAL DE PARTICIPANTES: 89.

METODOLOGÍA:

Se le informa a la población a través de carteles informativos de la actividad a realizar.

Se valoran rutas senderistas sencillas de fácil acceso adaptadas para la necesidad de cada actividad.

Se han administrado posteriormente encuestas de satisfacción para valorar las actividades realizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos obtenido una participación de 3% de una población de 3028 TIS de nuestra ZBS.

De las actividades propuestas hay una alta satisfacción por parte de todos los participantes. En todo el momento se ha potenciado la actividad física, el contacto y el respeto por la naturaleza y el medio ambiente.

Dada la buena acogida de las Salidas Medio ambientales diurna y nocturna de los últimos años por la población de la Sierra de Albarracín hemos ampliado nuestras salidas introduciendo Rutas de fácil acceso que favorecen la actividad física e integración de los participantes.

Se ha intentado enriquecer el conocimiento de los participantes en temas de Astronomía, el cielo profundo y fitoterapia. Las charlas/debates realizadas en algunas actividades son consideradas importantes para favorecer la participación de los asistentes a las marchas y salidas medioambientales. Creemos que hemos dado una visión distinta de las actividades al aire libre.

.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Lecciones aprendidas, conclusiones y recomendaciones:

Apesar de la baja participación estamos muy satisfechos/as con las actividades realizadas. Consideramos que las actividades físicas realizadas de forma continuada y constante favorecen cierto control de la salud.

Hacer atractivas con charlas y coloquios hace con que haya más participación, comunicación e interacción entre los pueblos de la Sierra de Albarracín.

Realizar de manera rotativa en todos los pueblos de la Sierra de Albarracín puede ser una manera de dar a conocer nuestro proyecto y ampliar la población que se beneficiaría de esta actividad.

La dispersión de la población de esta ZBS y la climatología son desventajas que hubo para el desarrollo de la actividad.

En general, a la población que ha asistido a las diferentes actividades le gustaría mantener dicha actividad de manera periódica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1725

1. TÍTULO

MARCHAS SALUDABLES EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1725 ===== ***

Nº de registro: 1725

Título
MARCHAS SALUDABLES EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

Autores:
PEREZ LAZARO CAROLINA, CASTILLON ALFAYE IGNACIO, ESTEVA DE ANDRES ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No específica
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestra pirámide poblaciona, observamos un envejecimiento inequívoco de la población, que se acompaña de un deterioro físico progresivo, que está bien documentado y contrastado, Hay varios estudios que observaron una regresión de este deterioro con programas de actividad física. A través de estas marchas, esperamos integrar la actividad física, con la sociabilización de los participantes en un ambiente agradable de contacto con la naturaleza, utilizando rutas senderistas bien señalizadas y de fácil acceso y recorrido.

RESULTADOS ESPERADOS
Potenciar la importancia de la actividad física saludable en contacto con la naturaleza a la población adulta. Mejorar la adherencia al ejercicio físico, en un entorno agradable para todos. En algunos casos se aprovechan estas marchas para abarcar otros aspectos y ampliar los conocimientos de la población, en estos casos habrá unas charlas previas a la caminata.

MÉTODO
Se realizaran paseos a marcha leve o moderada, de acuerdo con la condición física de los participantes en distintos lugares de la Sierra de Albarracín. La duración aproximada será de una hora a una hora y media. En dos de las marchas se hará una charla previa, una de Astronomía, que irá acompañada de una caminata nocturna donde se podrá apreciar el cielo de Teruel, la otra tratará sobre plantas y botánica y en la marcha posterior se intentarán identificar distintas especies vegetales.

INDICADORES
Tras las marchas se pasaran unos cuestionarios de satisfacción para valorar si se cumplen los objetivos propuestos.

DURACIÓN
A lo largo de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0309

1. TÍTULO

DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MANUEL GALINDO DOBON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CLEMENTE MANUELA
CASTILLON ALFAYE IGNACIO
ROMEO MARTIN NATIVIDAD
HERNANDEZ LAHUERTA RAMON
BLANCO MARCO BEATRIZ
SENOSIAIN IBAÑEZ IOSU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó en el Centro de Salud una sesión clínica sobre actualización y manejo de la fibrilación auricular (FA) y se presentó al equipo la vía: "Fibrilación auricular. Vía de actuación en Atención Primaria Sector Teruel", consensada entre Atención Primaria (AP), Hematología y Cardiología.

Los miembros del proyecto mantuvimos varias reuniones para seguir el proceso del estudio y se enviaron resúmenes del seguimiento a la Técnico de Salud del sector.

Por una parte se planteó la realización de un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones a la población mayor de 45 años del Centro de Salud de Albarracín, excluyendo los cupos de los Puntos de Atención Continuada, tanto mediante case-finding como por captación activa. Se realizaron electrocardiogramas durante el año 2018 a 303 personas en total, de los 877 listados, lo que supone una cobertura del 34.5%.

Por otra parte se accedió a la Historia Clínica de los 58 pacientes de la Zona Básica de Salud diagnosticados de FA para cumplimentar las escalas CHA2DS2-VASC y HAS-BLED y para comprobar que los pacientes recibían tratamiento acorde con el diagnóstico, puesto que hay estudios que apuntan que hasta un 23.5% de los sujetos diagnosticados de FA no reciben ningún tratamiento antitrombótico.

Se utilizaron los electrocardiógrafos disponibles en los distintos puntos de atención. Se solicitó la compra de un monitor ECG portátil sin cables para obtener una tira de ritmo de una derivación que hubiera sido muy útil para el cribado, pero no se proporcionó a tiempo para el estudio.

Se comunicó a los pacientes el objetivo del estudio y la pertinencia de realizar un ECG, que serviría además para apoyar el cumplimiento de numerosos programas específicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizaron 303 ECGs (34.5% de cobertura) encontrándose a 4 pacientes con FA asintomática (1.32% de los ECGs realizados). La población diana fue toda persona mayor de 45 años, al no poder proporcionársenos el listado de pacientes clasificados por factores de riesgo cardiovascular (FRCV), debido a condicionantes informáticos, según se nos transmitió.

El paciente número 1 era un varón de 80 años, FRCV: obesidad. Fue tratado desde el principio desde AP. Se solicitó analítica completa incluyendo coagulación, radiografía de tórax, interconsulta a cardiología y se comenzó anticoagulación con Sintrom, con control por hematología.

El paciente número 2 era un varón de 62 años, hipertenso, con dislipemia y abuso de alcohol. Fue derivado a urgencias hospitalarias.

La paciente número 3 era una mujer de 85 años, con antecedentes de insuficiencia cardiaca congestiva y dislipemia, que fue derivada a urgencias hospitalarias.

La paciente número 4 era una mujer de 92 años con dislipemia como único FRCV. Fue derivada a urgencias.

En cuanto a los pacientes ya diagnosticados de FA los resultados son:

58 pacientes con diagnóstico de FA en OMI (50% varones) de los cuales únicamente 5 (8.6%) son menores de 70 años. 7 pacientes no entraron en el estudio y se catalogaron como "perdidos" debido a traslados de domicilio o tratarse de pacientes desplazados.

De los 51 pacientes admitidos 46 (90.2%) estaba en tratamiento anticoagulante, de ellos 36 (78.2%) recibían Sintrom y 10 (21.8%) nuevos anticoagulantes orales (NACOs)

El 9.8% no recibía tratamiento anticoagulante.

3 pacientes no recibían tratamiento anticoagulante ni antiagregante alguno, en un caso por decisión del cardiólogo y en los otros dos por riesgo de sangrado justificado que contraindicaba el tratamiento y que estaba recogido en la historia clínica.

2 pacientes recibían tratamiento con ácido acetil salicílico (AAS)

Se comunicó a los médicos responsables de cada paciente la necesidad de revisar los casos dudosos de indicación de tratamiento.

Se realizaron y registraron las escalas CHA2DS2-VASC y HAS-BLED a todos los pacientes con diagnóstico de FA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del estudio es positiva. Se ha logrado encontrar 4 casos de FA oculta y uno de ellos pudo ser manejado completamente desde AP. El estudio además ha servido para completar el riesgo de sangrado y la indicación de anticoagulación de todos los pacientes ya diagnosticados y se ha podido comunicar a los médicos responsables los pacientes que requerían una valoración más precisa.

La realización y registro de los ECGs ha servido para proporcionar datos útiles para la Cartera de Servicios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0309

1. TÍTULO

DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)

y se han podido detectar otras anomalías y patologías, como bloqueos o hipertrofias, que han sido comunicadas a los médicos responsables de los pacientes.
La cobertura alcanzada ha sido menor a la esperada debido a que la población a cribar ha sido mucho mayor de la prevista. Esto se ha debido a varios motivos:
No se ha podido proporcionar una lista de pacientes que cruzara edad con FRCV, al parecer por limitaciones informáticas. Debido a este motivo tuvimos que incluir en el estudio a toda la población mayor de 45 años, independientemente de sus FRCV. El porcentaje de arritmias detectadas habría sido mucho mayor de poder haber centrado la búsqueda en la población con mayor riesgo de padecerlas.
Tampoco tenemos acceso a los ECGs que los pacientes hayan podido realizarse fuera del Centro de Salud, ya sea para consultas de especialistas hospitalarios, preoperatorios, etcétera.
No disponemos de electrocardiógrafos en muchos de los consultorios locales, lo que dificulta el acceso de la población al recurso, población además envejecida, con mayor dificultad de desplazamiento. El monitor ECG portátil de un canal solicitado, no estuvo disponible durante el estudio.
La conclusión es que un programa de búsqueda activa de pacientes con FA oculta proporciona resultados positivos, encontrándose entre un 6 y un 8% de nuevos casos, centrando la búsqueda en población de riesgo.
Según las horquillas de los estudios consultados el número de casos esperados en nuestro trabajo estaba entre 4 y 8 si se alcanzara el 100% de cobertura de cribado. Nosotros hemos encontrado 4 casos nuevos con un 34.5% de cobertura de la población total, no seleccionada, además de otras numerosas anomalías, por lo que consideramos positivo el balance final.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/309 ===== ***

Nº de registro: 0309

Título
DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)

Autores:
GALINDO DOBON MANUEL, MARTIN CLEMENTE MANUELA, CASTILLON ALFAYE IGNACIO, ROMEO MARTIN NATIVIDAD, HERNANDEZ LAHUERTA RAMON, BLANCO MARCO BEATRIZ, SENOSIAIN IBAÑEZ IOSU

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

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

La FA es la arritmia sostenida más frecuente en la población general, con una prevalencia entre el 3% y el 4.5% según estudios, prevalencia mucho mayor en población de edad avanzada y con factores de riesgo cardiovascular. La FA es asintomática o paucisintomática en hasta el 40% de los casos. Se estiman en hasta un 20% los casos de FA no diagnosticados. Con unos datos de 72 pacientes con diagnóstico de FA en nuestra Zona de Salud (2.64%) es de esperar, según la menor o mayor horquilla de prevalencia de los estudios consultados, la existencia de entre 10 y 30 pacientes con FA no diagnosticada. Estudios de cribado previos muestran para España datos de entre el 6% y el 8% de FA oculta que sale a la luz tras implementar programas de cribado.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es encontrar pacientes con FA oculta que puedan beneficiarse de un tratamiento antitrombótico que minimice el riesgo de complicaciones graves. El resultado esperado en nuestro trabajo es encontrar entre 4 y 8 pacientes nuevos. Un objetivo paralelo del programa será revisar las indicaciones de anticoagulación en todos los pacientes diagnosticados de FA porque, según estudios, hasta un 23.5% de pacientes portadores de FA permanente no están recibiendo ningún tratamiento antitrombótico pese a existir indicación para ello. Esto es una clara

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0309

1. TÍTULO

DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)

oportunidad de mejora.

Debe ser objetivo de Atención Primaria la mayor implicación en el diagnóstico, manejo y seguimiento de estos pacientes, de tal forma que en un futuro cercano se pueda consensuar con cardiología un seguimiento por parte de Atención Primaria de aquellos pacientes ya estudiados y que permanezcan estables y no requieran especiales intervenciones por parte de Atención Especializada.

MÉTODO

Las últimas guías de manejo de la FA recomiendan cribado ocasional (case finding) en pacientes mayores de 65 años, cribado en pacientes con antecedentes de ictus o AITs independientemente de la edad y cribado sistemático en mayores de 75 años.

En este proyecto se pretende realizar un ECG durante 2018 a todos los pacientes mayores de 65 años y a todos los pacientes entre 45 y 65 años que presenten al menos un factor predisponente de FA (HTA, DM, dislipemia, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, valvulopatía, hipertiroidismo, anemia, tabaquismo, obesidad, EPOC o SAHOS) Un reciente estudio de cohortes ha encontrado relación lineal positiva entre puntuación en la escala CHA2DS2-VASc en enfermos sin arritmia y riesgo de futura aparición de FA por lo que se recomienda un esfuerzo mayor en el cribado de esos pacientes.

INDICADORES

Se relacionará el diagnóstico de FA con la presencia o no de sintomatología presente o pasada y los factores de riesgo existentes.

Se estudiarán los posibles motivos de infradiagnóstico e infratratamiento

Dada las características demográficas de nuestra Zona de Salud es factible alcanzar un alto grado de cobertura.

DURACIÓN

A lo largo del 2018. Recogida de datos durante un semestre y análisis en la segunda mitad del año. Presentación de resultados en noviembre o diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0352

1. TÍTULO

EVALUACION DEL SCRENNIG DE CANCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD ALBARRACIN E INCLUIR LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS EN EL OMI

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS SORIANO MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAORDEN ESTEBAN MERCEDES
LORENZ DE LA PUENTE GLORIA
MARTIN CLEMENTE MANUELA
BESER MORTE CRISTINA
MARTIN PASCUAL MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES:

Incluir todos los resultados de las mamografías realizadas durante la Campaña de Detección Precoz del Cáncer de Mama en el OMI.

RECURSOS:

Listado de la DGA de mujeres incluidas en el programa
Listado de los resultados de las mamografías.

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Finales de mayo:

Tener todos los resultados de las mamografías incluidas en OMI

Listado de los valores patológicos para su seguimiento.

Finales de noviembre:

Valorar el seguimiento de los resultados patológicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mujeres que tenían que hacerse la mamografía: 403

Mujeres que se han hecho la mamografía dentro del programa: 310

Todo esto supone un 77 %, un porcentaje superior al 70% recomendado. En la provincia de Teruel fue de 85,8% de las mujeres citadas.

De estas 310 mujeres que han pasado por el cribado, 31 tuvieron que volverse hacer otra con los siguientes resultados:

a) 14 patología benigna.....repetir en 2 años.

b) 12 patología benigna.....repetir en 1 año.

c) 2 patología benignarepetir en 6 meses.

d) 3 patología maligna derivadas al hospitalACTIVIDADES:

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todo esto es un 10% de todas las mamografías realizadas que tienen un resultado positivo.

Las de repetir en 6 meses se realizaron la prueba en octubre siendo citadas para hacérsela otra vez en 6 meses.

De todas las realizadas con valor positivo solo 3 dieron patología maligna que es un 1%. En este momento están en diferentes fases de su enfermedad.

Con el programa de Detección del cáncer de mama desde que se implanto en 2006 en la Comunidad ya han pasado por el 200.000 mujeres.

Con ello se ha conseguido reducir la mortalidad un 19 %, si bien el tumor mama sigue siendo el más frecuente como causa de muerte en la mujer representando el 3% del total de muertes y el 15% del total de tumores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/352 ===== ***

Nº de registro: 0352

Título
EVALUACION DEL SCRENNIG DE CANCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD ALBARRACIN E INCLUIR LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS EN EL OMI

Autores:
SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS, MARTIN CLEMENTE MANUELA, LORENZ DE LA PUENTE GLORIA, LAORDEN ESTEBAN MERCEDES, HERNANDEZ LAHUERTA RAMON, BESER MORTE CRISTINA, MARTIN PASCUAL ISABEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0352

1. TÍTULO

EVALUACION DEL SCREENING DE CANCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD ALBARRACIN E INCLUIR LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS EN EL OMI

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: REGISTRAR EL RESULTADO DE LAS MAMOGRAFIAS EN OMI
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

--AL SER UNA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA CADA DOS AÑOS Y CON VARIOS CAMBIOS DE MEDICOS EN LOS ULTIMOS AÑOS NO SE HAN INCLUIDO EN EL OMI LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS.
--POR ESO PRETENDEMOS INCLUIR TODAS LAS MAMOGRAFIAS REALIZADAS EN EL PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER DE MAMA EN EL CS ALBARRACIN.
--EL SEGUIMIENTO DE LOS VALORES ANORMALES CON SU DERIVACION A ESPECIALISTAS SEGUN EL CASO.

RESULTADOS ESPERADOS

--INCLUIR EN TODAS LAS HISTORIAS DEL LAS PACIENTES EL RESULTADO DE SU MAMOGRAFIA.
-- OBTENER QUE LAS MUJERES QUE NO SE HAN HECHO LA MAMOGRAFIA POR DISTINTOS MOTIVOS (COMO LAS MUJERES TRASHUMANTES) SE REALIZEN LA MAMOGRAFIA.
--CONTROL DE LAS QUE EL RESULTADO HA SIDO ANORMAL CON SEGUIMIENTO DE SU PROCESO.

MÉTODO

--LOS LISTADOS ENVIADOS POR EL PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER DE MAMA DE LA DGA.
--LOS LISTADOS DE LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS REALIZADAS POR EL PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER DE MAMA.
--DERIVAR A LAS MUJERES QUE NO SE HICIERON LA MAMOGRAFIA AL SERVICIO PROVINCIAL DE SANIDAD EN TERUEL PARA LA REALIZACION DE LA MAMOGRAFIA.
--CAPTACION ACTIVA DE LAS MUJERES QUE NO PUDIERON HACERSE LA MAMOGRAFIA.
-- CAPTACION ATRAVES DE LAS MUJERES QUE VIENEN HA DARNOS EL RESULTADO DE LA MAMOGRAFIA.

INDICADORES

--NUMERO DE MUJERES INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER DE MAMA.
--NUMERO DE MUJERES QUE SE HAN HECHO LA MAMOGRAFIA. -- RESULTADO DE LAS MAMOGRAFIAS CON VALORES NORMALES.
-- NUMERO DE MAMOGRAFIAS CON VALORES ANORMALES.
-- TODOS LOS ANTERIORES RESULTADOS CON SUS PORCENTAJES

DURACIÓN

--DESDE MAYO 2018 HASTA DICIEMBRE 2018.
--A FINALES DE JUNIO TENER TODOS LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS INCLUIDOS EN LA HISTORIA DE CADA MUJER.
--EN JUNIO REUNION DE LOS COMPONENTES DEL PROYECTO PARA DEFINIR ALGUNO DE LOS INDICADORES A EVALUAR

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0705

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE KATIA APARECIDA DE SOUZA OLIVEIRA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ LAZARO CAROLINA
SANCHEZ MOLINA EVA MARIA
TAMAMES CERDA ANA
MARTIN CLEMENTE MANUELA
LAORDEN ESTEBAN MERCEDES
LORENZ DE LA PUENTE GLORIA
FABIAN PAULINO JOSE GREGORIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En mayo de 2018 se entrega al personal sanitario de la ZBS de Albarracín los listados de los pacientes diabéticos asignados a sus cupos para su revisión.

Una vez depurados los listados, se solicita análisis, según protocolo de diabetes, a todos aquellos paciente que no la tuvieran en los 6 meses previos.

Se entrega a los colaboradores dos tablas con los objetivos de control y las actividades a realizar y periodicidad adecuada según recomendaciones guía clínica de Diabetes de marzo de 2017. (Guía Clínica Fisterra)

Se revisa al inicio del proyecto la glucosa basal o capilar, glucosa postpandrial, Hb glicada, colesterol total, HDL, LDL, TG, peso, tensión arterial, cintura, hábitos tóxicos y complicaciones, así como los tratamientos relacionadas con la diabetes.

Se comprueba que cada paciente tenga hecho o no en los últimos años :ECG, retinografías, revisión pie diabético, FG y microalbuminuria.

Calendario inicial, trimestral y semestral de actividades.

Recursos empleados:

Historia Clínica electrónica, OMI-AP, ECG, Laboratorio de análisis Clínicas, Retinografías de AP, Aparatos de medición de consultorio médico y de enfermería de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se inicia el Proyecto con 167 pacientes. 55% hombres y 45% mujeres

75% > o = 65 años. 48% obesos, 11%fuman, 16% consumen alcohol, 40%presentan complicaciones relacionadas con la diabetes, 65% presentan un FG>60, 23%un FG <60 y 10% no lo tiene calculado, microalbuminuria solicitada al inicio de 87% siendo 65%<30%. 24% no tiene ECG en los últimos 2 años. 65% tiene retinografía hecha en los dos años, 86% vacunados de Gripe. Un 90% de los pacientes tienen realizada alguna exploración de pié diabético (inspección, vascular o nerviosa).

Hemos detectado que el 89% tenían Hbglicada al inicio solicitada en los últimos 6 m. De los cuales <=7 el 58%, entre 7-8 el 21% y >8 el 14 % y no realizada el 7%.

A los 6 m se ha realizado HB glicada al 68% de los pacientes; 34% <7, 14% entre 7 y 8 y 20% >8.

LDL al inicio <70 de 16% y a los 6 m 12%. LDL entre 70-100 al inicio 39% y a los 6 m 30%. LDL>100 es de 36% y a los 6 m 25 %. LDL no realizada de 14% al inicio al 31%.

Tensión Arterial al inicio <140/90 de 56% y a los 6m 47%. TA > o igual a 140/90 al 40%. TA no realizada del 4% al 11%.

A 21% no se ha realizado intervenciones educativas a los 3 meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Está pendiente revisión de nueve y doce meses para emitir conclusiones.

De momento podemos concluir que hay peor cumplimentación de las actividades trimestrales recomendadas. Es posible que la causa sea multifactorial; cambios de profesionales en el Equipo, Zona rural con desplazamientos en el invierno difíciles por causas climatológicas, cambios de residencia en invierno de nuestros pacientes, etc.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/705 ===== ***

Nº de registro: 0705

Título
ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0705

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA, PEREZ LAZARO CAROLINA, SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, TAMAMES CERDA ANA, MARTIN CLEMENTE MANUELA, LAORDEN ESTEBAN MERCEDES, LORENZ DE LA PUENTE GLORIA, FABIAN PAULINO JOSE GREGORIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

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

Con este proyecto pretendemos mejorar la cumplimentación de indicadores relacionados con las microangiopatias en nuestros pacientes con Diabetes Mellitus.
Eso se haría a través de un listado de pacientes y una programación periódica de meses en consultas médicas y/o de enfermería con citación por carta o teléfono.
Nuestra valoración se haría en función de los hábitos higiénicos dietéticos, la actividad física, la valoración farmacológica, la valoración analítica periódica, la valoración del pie diabético y el cálculo del Filtrado Glomerular.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos:
Mejorar el porcentaje de cumplimentación de los indicadores relacionados a la Diabetes Mellitus.
Detectar alteraciones relacionadas a microangiopatía no conocidas.
Población diana: Diabeticos del CS Albarracin

MÉTODO

1. Revisión de los listados por parte de los profesionales médicos y enfermeros.
2. Solicitud de analíticas en aquellos usuarios sin determinación en el último semestre.
3. Comprobar que todos los diabéticos tengan realizada un ECG anual.
4. Comprobar que todos los diabéticos tengan realizada una retinografía en los últimos dos años.
5. Valoración del pie diabético realizado en el último semestre.
6. Volcado en Historia clínica los resultados de análisis completos solicitados en atención especializada.
7. Si los controles realizados no cumplen con las recomendaciones actuales de la ADA 2017, se citará al paciente en la consulta programada en un plazo inferior a 1 mes.

Recomendaciones de control en una situación estable y con buen control metabólico cada al inicio y cada 3-6 y 12 meses

INDICADORES

- Indicadores:
1. % pacientes diabeticos con HbA1C ≥ 7 /total de paciente diabéticos con HbA1C realizada.
 2. % pacientes diabéticos con FG calculado por CKD-EPI < 60 /total de pacientes diabéticos con FG calculado.
 3. % de pacientes diabéticos con retinografía realizada en los últimos dos años/total de pacientes diabéticos.
 4. % de pacientes con riesgo de pie diabético calculado/total de pacientes diabéticos.
 5. %de pacientes diabéticos con microalbuminúria realizada/total de pacientes diabéticos.
 6. % de pacientes diabéticos con ECG realizado en los doce meses previos al final del estudio/total de pacientes diabéticos.

Evaluación:

Se realizará una evaluación trimestral del seguimiento del listado de pacientes diabeticos con incorporación o de pérdida de casos a lo largo del estudio.

DURACIÓN

Se realizará una evaluación trimestral del seguimiento del listado de pacientes diabeticos con incorporación o de pérdida de casos a lo largo del estudio.
La duración será de 12 meses, desde abril de 2018 a abril de 2019.
Al fin del estudio se analizarán los indicadores propuestos y se realizarán las conclusiones pertinentes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0705

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0705

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE KATIA APARECIDA DE SOUZA OLIVEIRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ LAZARO CAROLINA
TAMAMES CERDA ANA
LORENZ DE LA PUENTE GLORIA
MARTIN CLEMENTE MANUELA
LAORDEN ESTEBAN MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades:

1. Revisión de los listados por parte de los distintos profesionales
2. Se facilitará a los profesionales las recomendaciones de control en una situación estable y con buen control metabólico al inicio, 3, 6, 9 y 12 meses.
3. Solicitudo de analíticas en aquellos diabéticos sin determinación en el semestre previo al inicio.
4. Comprobar que todos los diabéticos tengan realizado un ECG y una retinografía bianual.
5. Exploración de pié diabético.
6. Volcado en OMI análisis de Especializada.
7. Si los controles realizados no cumplen con las recomendaciones actuales ADA 2017, se citará el paciente a la consulta en el plazo inferior a un mes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto se ha concluido con 151 pacientes.

Ha habido 16 pérdidas por diversas causas; traslados y fallecimientos.

Al final del proyecto el 56 son hombres y 44 mujeres.

El 47 % del total de pacientes del estudio son mayores de 74 años y el 5% menor de 51.

El 41% de los pacientes al final del estudio padecen complicaciones relacionadas con la diabetes.

INDICADOR 1: Pacientes diabéticos con Hemoglobina glicosilada (HbA1c) mayor o igual a 7/ total de pacientes con HbA1c realizadas. Al inicio teníamos un 38, a los 6 meses un 49 y al final un 50. Considerar que en éste indicador cuanto mayor sea su valor menor control. Al inicio del estudio no existe registros en un 7%, a los 6 meses 32% y al final del estudio un 30%.

Al final del estudio un 35% tenía la HbA1c igual o menor que 7, un 14% entre 7 y 8 y un 20% mayor que 8.

Al relacionar la HbA1c con la edad encontramos que sólo un 12% de los menores que 50 años tiene menor o igual que 7.

Un 48% de los mayores de 75 años tiene menor o igual que 8.

INDICADOR 2: Pacientes diabéticos con Filtrado Glomerular (FG) CKD-EPI menor que 60 / total de pacientes diabéticos con FG calculado. Hemos observado que a pesar de disminuir el % de pacientes con FG menor que 60, de 23 al 18 al final, el indicador 2 es similar, 26. Podría deberse a que el 30 % no tiene calculado el FG al final del estudio. El porcentual de pacientes con FG mayor o igual que 60 es al inicio de 66 % y al final de 51 %.

INDICADOR 3: Pacientes diabéticos con Retinografía realizada en los últimos 2 años / Total de pacientes diabéticos. Resultado del indicador al inicio del estudio es 58 y al final de 78. La mayoría de ellas (63%) han sido realizadas en Atención Primaria. No existe registro en un 21 %.

INDICADOR 4: Pacientes con exploración de pie diabético realizado / Total de pacientes diabéticos. Hemos modificado este indicador. Inicialmente se plantea como cálculo de riesgo pie diabético pero al recopilar datos se observó que en la ficha administrada a los profesionales se pedía la exploración del pie. Durante el transcurso del estudio el registro de exploración de pie diabético ha descendido de un 90 a un 72 %.

INDICADOR 5: Pacientes diabéticos con microalbuminuria realizada / Total de pacientes diabéticos. En un 37 % no existe registro en historia clínica, siendo este al inicio del 12%. En los pacientes que tienen registrada la microalbuminuria, un 46 % de ellos tienen menor de 30 (normal), el 10% microalbuminuria (30-300), y el 7% macroalbuminuria (mayor que 300).

INDICADOR 6: Pacientes diabéticos con electrocardiograma (ECG) realizado en los últimos 2 años / Total de pacientes diabéticos, 75% tiene ECG al final y 57 % al inicio del estudio.

Se han analizado otros parámetros en el estudio.

Verificamos que no hay registro de glucemia postprandial al final del estudio en un 72%

En los que sí existen registro, 21 % tiene menor que 180 y el 7% mayor o igual que 180.

También se ha realizado el análisis de perfil lipídico. El 20% tiene un LDL menor o igual que 70, el 23% entre 71 y 100 y, 15 % entre 101 y 130 y un 7% mayor que 130.

Respecto a la medición de tensión arterial (TA), el 48% tiene una TA menor que 140/90, entre 140/90 y 159/99, un 29 % . Un 3 % tiene TA mayor o igual que 160/100, y en un 20% no existe registro TA.

Sobre el índice masa corporal (IMC) hemos obtenido los siguientes resultados: El 13% tiene normopeso, 33 % sobrepeso y el 31 % obesidad. En un 23% de los diabéticos no consta IMC.

Observamos que no se ha registrado el seguimiento de los 3 meses en un 24 % y a los 9 meses en un 50 %.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gran variabilidad de factores socio-sanitarios (edad, sexo, nivel cultural, tratamiento para DM, acceso a personal y recursos sanitarios, situación clínica, situación geográfica, etc.) y los cambios constantes del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0705

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

personal sanitario de nuestra ZBS han podido ocasionar dificultades en los seguimientos trimestrales previstos al inicio de nuestro proyecto y, también, en la disminución de analíticas observadas al final del estudio. Observamos que ha aumentado el indicador número 1, pacientes diabéticos con HbA1C mayor que 7 / Total de paciente diabéticos con HbA1c realizada, de 38 al inicio a 50 al final. Hay varios factores que pueden justificar este aumento. Al final del estudio no consta este registro en un 32 %. No existe un volcado sistemático de análisis de atención especializada. Hemos cruzado los datos del valor de la HbA1c y la edad y observamos un mejor control en los mayores de 74 años. Podemos pensar en varios factores que lo pueda justificar; controles más estrechos por el personal sanitario o, quizás, complicaciones que generan un mejor control de hábitos y costumbres. En relación al indicador 2 de FG se ha mejorado aunque un tercio de los diabéticos no tiene registro. A principio de nuestro estudio, el cálculo del FG se tenía que calcular y apuntar en la historia clínica. Actualmente el laboratorio ya lo calcula, si se solicita. Debemos insistir a que los análisis se soliciten desde planes personales. Hay un aumento de retinografías realizadas al final de estudio que pueda ser posiblemente secundario a la implementación de cribado. Al verificar el empeoramiento de las exploraciones realizadas de pie diabético de 90 a 72% hemos creído necesario realizar una sesión clínica para unificar criterios. Quizás con la implementación de sala de pie diabético en 2019 se pueda mejorar esta actividad. Una correcta exploración requiere tiempo y dedicación. Sobre la micro y macroalbuminuria se sabe que pueden ser lesiones precursoras de complicaciones y requieren atención y control más estrecho por los profesionales. Al iniciar el proyecto y puntualizar como necesario un ECG cada 2 años en estos pacientes hemos comprobado que se realizaron más ECG durante el estudio. Quizás haya influido haber realizado el año anterior un proyecto de Fibrilación Auricular en nuestro equipo. Aunque hay registro de IMC en la historia clínica se ha observado que a muchos pacientes sólo se ha anotado el peso. Sabemos que el IMC es un parámetro internacional para la comprobación de sobrepeso y obesidad. Hay que incidir en que realice adecuadamente esta actividad. Seguramente mejorando el peso tendríamos mejores resultados en su control glucémico y, también, en otros problemas de salud relacionados con el exceso de peso. Dos tercios de nuestros nen un IMC por encima de lo recomendado. Verificamos la necesidad de realizar una intervención educativa eficaz y eficiente. Tras observar el bajo índice de control de LDL se podría plantear un nuevo estudio del Colesterol en nuestros pacientes diabéticos. En este estudio no hemos valorado la cumplimentación y la adherencia a fármacos. Al verificar los resultados finales observamos que existe un gran número de análisis no registrados. Eso puede ser debido a que no se ha apuntado correctamente los análisis de los especialistas, o no haber sido realizadas las peticiones o, en el caso que hayan sido solicitadas, no haber sido ejetuadas por los pacientes. Podría existir incumplimiento de las actividad 6 y 7 por diversas causas que sería motivo de analisis futuros. La inercia terapeutica es un punto a valorar en este estudio.

7. OBSERVACIONES.

En estudio hubo una gran variabilidad interprofesional y dificultad para generar cambios de actitud. Hay que llevar en consideración en los resultados los traslados a otros domicilios; a residencias o a la casa de los hijos en los meses de invierno que dificultan el control y la realización de analíticas.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/705 ===== ***

Nº de registro: 0705

Título
ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Autores:
DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA, PEREZ LAZARO CAROLINA, SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, TAMAMES CERDA ANA, MARTIN CLEMENTE MANUELA, LAORDEN ESTEBAN MERCEDES, LORENZ DE LA PUENTE GLORIA, FABIAN PAULINO JOSE GREGORIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0705

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Con este proyecto pretendemos mejorar la cumplimentación de indicadores relacionados con las microangiopatias en nuestros pacientes con Diabetes Mellitus.

Eso se haría a través de un listado de pacientes y una programación periódica de meses en consultas médicas y/o de enfermería con citación por carta o teléfono.

Nuestra valoración se haría en función de los hábitos higiénicos dietéticos, la actividad física, la valoración farmacológica, la valoración analítica periódica, la valoración del pie diabético y el cálculo del Filtrado Glomerular.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos:

Mejorar el porcentaje de cumplimentación de los indicadores relacionados a la Diabetes Mellitus.

Detectar alteraciones relacionadas a microangiopatía no conocidas.

Población diana: Diabéticos del CS Albarracín

MÉTODO

1. Revisión de los listados por parte de los profesionales médicos y enfermeros.
2. Solicitud de analíticas en aquellos usuarios sin determinación en el último semestre.
3. Comprobar que todos los diabéticos tengan realizada un ECG anual.
4. Comprobar que todos los diabéticos tengan realizada una retinografía en los últimos dos años.
5. Valoración del pie diabético realizado en el último semestre.
6. Volcado en Historia clínica los resultados de análisis completos solicitados en atención especializada.
7. Si los controles realizados no cumplen con las recomendaciones actuales de la ADA 2017, se citará al paciente en la consulta programada en un plazo inferior a 1 mes.

Recomendaciones de control en una situación estable y con buen control metabólico cada al inicio y cada 3-6 y 12 meses

INDICADORES

Indicadores:

1. % pacientes diabéticos con HbA1c ≥ 7 /total de paciente diabéticos con HbA1c realizada.
2. % pacientes diabéticos con FG calculado por CKD-EPI < 60 /total de pacientes diabéticos con FG calculado.
3. % de pacientes diabéticos con retinografía realizada en los últimos dos años/total de pacientes diabéticos.
4. % de pacientes con riesgo de pie diabético calculado/total de pacientes diabéticos.
5. %de pacientes diabéticos con microalbuminúria realizada/total de pacientes diabéticos.
6. % de pacientes diabéticos con ECG realizado en los doce meses previos al final del estudio/total de pacientes diabéticos.

Evaluación:

Se realizará una evaluación trimestral del seguimiento del listado de pacientes diabéticos con incorporación o de pérdida de casos a lo largo del estudio.

DURACIÓN

Se realizará una evaluación trimestral del seguimiento del listado de pacientes diabéticos con incorporación o de pérdida de casos a lo largo del estudio.

La duración será de 12 meses, desde abril de 2018 a abril de 2019.

Al fin del estudio se analizarán los indicadores propuestos y se realizarán las conclusiones 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 - 2018/1359

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE IGNACIO CASTILLON ALFAYE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEVA DE ANDRES HELENA
CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA
RODRIGUEZ MANZANILLA JOSEFA
SENOSIAIN IBAÑEZ IOSU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En 2016 se inició un proyecto de educación sanitaria por algunas personas del EAP de Albarracín en colaboración con la Asociación Para la Salud y el Medio Ambiente de la Sierra de Albarracín (APSMA). Durante el año 2017 se dieron varios talleres en varios municipios, institutos, AMPAS y claustros escolares. Ante el éxito de los mismos, el efecto del boca a boca, la difusión de nuestro proyecto mediante el blog de la APSMA (<http://apsmasierraalbarracin.blogspot.com/>) y algunas actuaciones exitosas derivadas de la formación realizada referidas por el alumnado del instituto, se decidió continuar con un nuevo proyecto en 2018. Se nos demanda esta formación desde varios municipios que no la habían realizado en 2017, varios colegios de infantil y primaria, AMPAS, y colectivos de profesoras de guarderías. En este nuevo proyecto se decidió continuar con el proyecto de formación a población no sanitaria adulta sobre RCP, primeros auxilios y manejo del DESA para mejorar la actuación y atención temprana ante una Parada Cardio-Respiratoria u otros problemas de salud urgentes, debido a la dispersión de la población en esta Sierra y el difícil acceso a la misma por las carreteras existentes. Y se decidió ampliar, sistematizar y adaptar estos talleres a toda la población infantojuvenil que estaba siendo educada en el instituto y los CRAs de la Sierra, AMPAs y otros colectivos relacionados con la salud, la prevención y la protección civil.

En el año 2018 se han conseguido realizar 19 talleres personas adultas y en edad infantojuvenil en los siguientes pueblos de la Sierra de Albarracín: Albarracín, Gea de Albarracín, Orihuela del Tremedal, Bronchales, Gualadaviar, Villar del Cobo, Frías de Albarracín, Calomarde y Griegos, llegando a población adulta, población del Instituto de Educación Secundaria "Lobetano" y en los 3 CRAs de la Sierra de Albarracín (Albarracín, Sierra de Albarracín, Orihuela-Bronchales).

Para ello se estableció unos meses de primavera a otoño en los que los accesos por carretera eran más sencillos, se podía llegar a la población residente y turista que habita de forma permanente o temporal la Sierra y en la que la población escolar está en plena actividad.

Todos los talleres han sido impartidos por personal del EAP de Albarracín (pediatra, personal médico y de enfermería), fuera de su horario laboral y pudiendo cubrir parte de sus gastos de desplazamiento a través de la subvención RAPPs de la APSMA. Se han utilizado los recursos audiovisuales de los propios municipios, CRAs e instituto, aunque en algunos casos ha sido necesario utilizar los propios del Centro de Salud. Se han conseguido muñecos de prácticas de RCP a través del préstamo a miembros del club de montaña GAMTE y la SEMFYC, debido a que no conseguimos material de docencia de este tipo de talleres a través del SALUD.

Las presentaciones audiovisuales y vídeos utilizados han sido diseñados, elaborados y adaptados a los distintos colectivos y edades por parte del equipo responsable de este proyecto a través de las distintas guías de recomendación en estas prácticas, materiales de otras experiencias mediante internet y la propia experiencia sanitaria del personal del EAP que participaba en este proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En todos los casos la valoración de este tipo de talleres ha sido muy positiva, indicándonos la importancia y necesidad de llegar a la mayor parte de la población activa y válida de la Sierra. Se nos transmitió en la mayor parte de las veces lo importante de la practicidad y cercanía en la metodología pedagógica de este tipo de formación. Aunque algunos(as) alumnos(as) se quejaron de que no pudieron practicar con el DESA, aunque vieron el video como se utilizaba.

Desde la Comarca de Albarracín, y a raíz de la extensión de este tipo de proyectos comunitarios de ha decidido comprar 26 DESAs para los 26 pueblos que componen la Sierra de Albarracín. Se nos ha solicitado asesoría para su compra, la formación y acreditación de las personas responsables en cada municipio.

La población general a la que se ha llegado en el proyecto de este año ha sido de 304 personas, que supondrían más del 10% de la población censada en la Sierra de Albarracín.

Taller RCP y primeros auxilios en adultos

Responsable: Jesús Senosiain

Lugar: Griegos

Fecha: 26-7-18, 18:00 h

Destinatarios/as: Población general del pueblo

Participantes: 14 personas

Taller RCP y primeros auxilios en adultos

Responsable: Jesús Senosiain

Lugar: Calomarde

Fecha: 18-7-18, 18:00 h

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1359

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

Destinatarios/as: Población general del pueblo
Participantes: 9 personas

Taller RCP y primeros auxilios en adultos
Responsable: Jesús Senosiain
Lugar: Frías de Albarracín
Fecha: 17-7-18, 18:00 h
Destinatarios/as: Población general del pueblo
Participantes: 8 personas

Taller RCP y primeros auxilios en adultos
Responsable: Jesús Senosiain
Lugar: Villar
Fecha: 16-7-18, 18:00 h
Destinatarios/as: Población general del pueblo
Participantes: 7 personas

Taller RCP y primeros auxilios en adultos
Responsable: Jesús Senosiain
Lugar: Guadalaviar
Fecha: 2-7-18, 12:00 h
Destinatarios/as: Población general del pueblo
Participantes: 14 personas

Taller RCP y primeros auxilios en jóvenes
Responsable: Josefa Rodriguez y Helena Esteva
Lugar: IES Albarracín
Fecha: 21-6-18, 12:00 h
Destinatarios/as: alumnos/as de 2º y 3º de la ESO del IES
Participantes: 21 personas

Taller RCP y primeros auxilios en jóvenes
Responsable: Nacho Castellón y Helena Esteva
Lugar: IES Albarracín
Fecha: 21-6-18, 10:30 h
Destinatarios/as: alumnos/as de 6º de Primaria, 1º y 4º de la ESO del IES
Participantes: 35 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Bronchales
Fecha: 28-5-18, 15:00 h
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 3º de Primaria 2º de la ESO
Participantes: 18 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Gea de Albarracín
Fecha: 28-5-18, 10:00 h
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 2º a 6º de Primaria
Participantes: 9 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Orihuela
Fecha: 25-5-18, 9:30 h
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 2º de Primaria a 2º de la ESO
Participantes: 22 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Albarracín
Fecha: 18-5-18, 9:00 h
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 5º y 6º de Primaria
Participantes: 17 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Orihuela del Tremedal
Fecha: 27-4-18,
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 1º a 3º de Infantil
Participantes: 9 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1359

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Albarracín
Fecha: 19-4-18,
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 4º de Primaria
Participantes: 20 personas

Taller RCP y primeros auxilios en bebés y niños/as hasta los 3 años
Responsable: Carolina Castaño (pediatra CS Albarracín)
Lugar: CRA Albarracín
Fecha: 18-4-18, 16:30 h
Destinatarios/as: Personal docente de las Escuelas Infantiles de la Sierra de Albarracín y AMPA Albarracín
Participantes: 25 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Albarracín
Fecha: 12-4-18,
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 3º de Primaria
Participantes: 10 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Albarracín
Fecha: 11-4-18,
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 2º de Primaria
Participantes: 18 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Albarracín
Fecha: 27-3-18,
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 1º de Primaria y 3º de Infantil
Participantes: 19 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Gea de Albarracín
Fecha: 22-3-18,
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 1º de Primaria y 1º, 2º y 3º Infantil
Participantes: 8 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Albarracín
Fecha: 26-2-18, a las 12:00 h
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 1º y 2º Infantil
Participantes: 21 personas

Para la evaluación de los talleres se repartieron encuestas con 10 preguntas de test con 4 respuestas cada una, para valorar los conocimientos sobre Primeros Auxilios y RCP básica. Dicha encuesta se pasó previa y posteriormente a la realización del taller. También se elaboró una encuesta de satisfacción específica para estos talleres que se pasaron a los asistentes posteriormente del taller. Además, en casi todos los talleres fuimos por lo menos dos docentes, y uno/a de nosotros/as hacía de observador/a de dicho taller. Esto nos ayuda a evaluar la manera de dar el taller del docente, además de las encuestas. Y por último, en la reunión anual de evaluación de la APSMA se valoró y analizó la idoneidad de dichos talleres, la duración y la posibilidad de seguir formando y haciendo talleres de recuerdo o reciclaje a personas interesadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Algunas de las conclusiones y recomendaciones que nos surgen tras la realización de este año de formación son:

- Disposición por parte del EAP de material docente para talleres de RCP, utilización del DESA para simulacros y primeros auxilios
- Facilitar a las personas docentes la cobertura de los gastos de desplazamiento ocasionados para la realización de estos talleres, ya que mediante la subvención RAPPs resulta insuficiente
- Continuar un año más con el proyecto para llegar a los municipios, población escolar y agentes de protección civil al que no hemos podido llegar en 2018, para entonces incluir este proyecto de formación comunitaria en la cartera de servicios del EAP y poder dar talleres de reciclaje cada 2-3 años
- Solicitar formación para formadores/as y mejorar la formación impartida en RCP, manejo de DESA y primeros auxilios a través del 061 o sociedades científicas con capacidad de dar acreditaciones para cumplir con la legislación vigente en materia de RCPb, utilización de DESA y DEA, y primeros auxilios.
- Conseguir que al menos 3-4 miembros del EAP obtengan la acreditación como formadores/as en materia de RCPb, utilización de DESA y DEA, y primeros auxilios, para poder acreditar a las personas responsables de los DESAs municipales o instalados en edificios públicos de la Sierra de Albarracín.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1359

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

7. OBSERVACIONES.
Por desconocimiento de la metodología de presentación, evaluación y seguimiento de los proyectos de AGC y Comunitarios de la persona responsable de este proyecto no se continuó (Ignacio Castellón) el proyecto de 2017, liderado por Mónica Lasheras que en 2018 estuvo de baja maternal, con una memoria de seguimiento. Este proyecto de 2018, se evalúa en este año 2019 con una memoria de seguimiento para finalizarlo en 2020 con una memoria final y posterior inclusión del proyecto en la cartera de servicios del EAP de Albarracín.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1359 ===== ***

Nº de registro: 1359

Título
TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

Autores:
CASTILLON ALFAYE IGNACIO, CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA, RODRIGUEZ MANZANILLA JOSEFA, SENOSIAIN IBAÑEZ IOSU, LASHERAS BARRIO MONICA, ESTEVA DE ANDRES HELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DADA LA DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA ZONA, HEMOS PENSADO EN LA NECESIDAD DE FORMAR A LOS HABITANTES DE LA SIERRA EN PRIMEROS AUXILIOS, RCP BÁSICO Y USO DEL DESA, YA QUE EN MUCHAS OCASIONES LA ASISTENCIA MÉDICA NO PUEDE DARSE DE FORMA INMEDIATA. EN ESTE AÑO QUEREMOS AMPLIAR ESTE TIPO DE FORMACIÓN A LA POBLACIÓN INFANTIL DE LOS CRAS DE LA SIERRA.

RESULTADOS ESPERADOS
EL PROYECTO VA DIRIGIDO A LA POBLACIÓN ADULTA E INFANTIL DE LA SIERRA DE ALBARRACÍN, SE PRETENDE MEJORAR LA ATENCIÓN EN CASO DE NECESIDAD URGENTE DE RECIBIR PRIMEROS AUXILIOS, HASTA LA LLEGADA DEL PERSONAL SANITARIO.

MÉTODO
SE REALIZARÁN TALLERES CON PRESENTACIONES AUDIOVISUALES EN LAS QUE SE EXPLICA COMO SE REALIZAN PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS, EN ALGUNAS SESIONES SE USARÁ UN SIMULADOR DESA Y SE VISUALIZARÁ UN VIDEO DE COMO SE USA EL MISMO. SE EXPLICARÁ LA CADENA DE SUPERVIVENCIA Y LA REALIZACIÓN DE RCP BÁSICA Y SU SECUENCIA. TRAS LA PARTE TEÓRICA SE REALIZARÁN PRÁCTICAS CON MUÑECOS Y ENTRE LOS PARTICIPANTES SE PRACTICARÁ LA POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD Y LA MANIOBRA DE HEIMLICH. EN LOS TALLERES INFANTILES LAS PRESENTACIONES SON ADAPTADAS A CADA EDAD Y SE INTERCALAN CANCIONES Y JUEGOS PARA MANTENER LA ATENCIÓN Y APRENDIZAJE ACTIVO DE LOS Y LAS NIÑOS/AS.

INDICADORES
SE REALIZARÁN UNAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LA ACTIVIDAD Y UN TEST DE 10 PREGUNTAS PARA VALORAR CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS PRE Y POST SESIÓN. EN LOS TALLERES INFANTILES SE HACE UNA RONDA FINAL EN LA QUE NOS CUENTEN SUS IMPRESIONES Y APRENDIZAJES.

DURACIÓN
EL CALENDARIO SE REALIZARA A LO LARGO DE 2018-2019, A PETICIÓN DE LOS PUEBLOS, INSTITUCIONES, IES Y CRAS QUE LO SOLICITEN.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1359

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0470

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MONICA LASHERAS BARRIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTILLON ALFAYE JUAN IGNACIO
BESER MORTE CRISTINA
MARTIN CLEMENTE MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Cronograma:

De Mayo a Septiembre se ha recogido la información de las encuestas.

De Mayo a Noviembre se han ido realizando Fiestas de Mapeo

De Noviembre en adelante: seguir haciendo Fiestas de Mapeo, recoger entrevistas de los pueblos que falten e ir sistematizando la información.

2.- Reuniones de coordinación: El 23-05-19 se celebró reunión del grupo de comunitaria a la que participaron Helena Esteva, Manoli Martín, Raquel González, Nacho Castellón, Cristina Beser, Katia Souza y Mónica Lasheras. En ella se acordó la manera de distribuirnos la recogida de la información mediante las encuestas y se acordaron algunas fechas y lugares para realizar las Fiestas del Mapeo.

El 25-06-19 nos reunimos: Manoli Martín, Nacho Castellón, Cristina Yusta, Katia Souza y Mónica Lasheras. Se acordaron otras fechas para fiestas de mapeo. También se encargó a Nacho Castellón la elaboración de los carteles para convocar a la población a dichas fiestas.

El 24-09-19 nos volvimos a reunir: Mónica Lasheras, Helena Esteva, Manoli Martín, Raquel Gonzalez, Cristina Beser, Katia de Souza y Nacho Castellón. Entre otras cosas se hablaron de la organización de próximas Fiestas de Mapeo.

El 23-10-19 nos reunimos: Nacho Castellón, Cristina Yusta, Helena Esteva y Mónica Lasheras. Se acuerda, entre otras cosas, la fecha para realizar la Fiesta de Mapeo en Terriente.

El 07-11-19 nos juntamos: Nacho Castellón, Cristina Yusta, Helena Esteva, Katia De Souza y Mónica Lasheras, para la preparación de la Fiesta de Terriente, entre otros temas.

Como se ve por los participantes, estamos participando en el proyecto no sólo las personas adscritas al proyecto, sino más personas pertenecientes al grupo de Comunitaria del CS, APSMA (Asociación para la Promoción de la Salud y el Medio ambiente en la Sierra de Albarracín) y trabajadoras de la comarca.

3.- Encuesta a personas clave de cada pueblo de la Sierra de Albarracín: de momento se ha recogido información de 14 pueblos de los 25 que pertenecen a la Sierra de Albarracín. Se disponen de algún otro pueblo más en una primera iniciativa que se tuvo de mapear en 2016. Se han realizado por parte del personal sanitario del Centro de Salud y también personal de APSMA a personas que se consideran claves y referentes de los pueblos. Hay algunos pueblos que no son de nuestra Zona Básica de Salud (ZBS), por lo que nos tenemos que comunicar con otros Centros de Salud con el fin de recopilar la información. También se ha preguntado a las Trabajadoras sociales de la Comarca. Se acordó repartirnos los pueblos de esta manera:

Katia Souza: Orihuela.

Carolina Pérez: Bronchales y Monterde

Manoli Martín: sus 6 pueblos

Helena Esteva, Cristina Beser: Albarracín

Lourdes Ortiz: Gea de Albarracín

Ana Tamames: Valdecuencia, Jabaloyas y sus pueblos.

Juan Carlos Soriano: la parte de Villar del Cobo, Griegos y Guadalaviar

Mónica: sus pueblos y contactará con sanitarias de Rodenas, Pozondón y población de Bezas.

4.- Fiestas el Mapeo o Encuentros por la Salud, se han realizado en:

Encuentro de grupos de memoria y de gimnasia de la Sierra: 30-05-19 de 12,00 a 13,00h. Al encuentro acudieron unas 80 personas y nosotros aprovechamos a introducir el tema. Hicimos una pequeña reflexión en modo semáforo de las cosas que mejora nuestra salud (verde), que la mantienen indiferente (amarillo) y que la empeoran (rojo).

Responsables: Raquel González, Nacho Castellón, Helena Esteva y Mónica Lasheras.

Jabaloyas: el 05-06-19 de 18,00 a 20,00h. Acudieron unas 20 personas, la mayoría mujeres, excepto 2-3 hombres.

Responsables: Mónica Lasheras, Helena Esteva y Cristina Beser.

Guadalaviar: 03-07-19 de 17,30 a 19,30h. Acudieron unas 17 adultxs y 5 niñxs. Todo mujeres. Responsables: Cristina Yusta, Nacho Castellón, Mónica Lasheras y Helena Esteva.

Torres de Albarracín: 16-10-19 de 17,00 a 19,00h . Acudieron 30 adultxs y 7 niñxs. Responsables: Mónica Lasheras y Raquel González.

Tramacastilla: 23-10-19 de 17,30 a 19,30h. Acudieron 25 adultxs y 3 niñxs. Bastante presencia masculina que nos sorprendió (unos 6-7 hombres). Mónica Lasheras, Raquel González, Helena Esteva y Nacho Castellón.

Orihuela del Tremedal: 16-10-19 de 17,00 a 19,00 h. Acudieron 32 adultxs y 6 niñxs. Responsables: Katia Souza,

Nacho Castellón y Helena Esteva.

Terriente: 07-11-19 de 17,00 a 19,00h. Acudieron unas 20 personas. Responsables: Nacho Castellón, Helena Esteva y Cristina Yusta.

La dinámica de las fiestas del mapeo consiste en iniciar con una presentación, visualizamos el corto de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0470

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

"Pasos" del CS San Pablo, en el que se ve claramente qué significan los activos y la prescripción de activos. Posteriormente, por grupos y en torno a una merienda hacemos 3 preguntas que son: ¿Qué es la salud para tí?, ¿Qué cosas/personas/actividades mejoran la salud/bienestar de la gente que vivís en pueblo? Y ¿Qué cosas crees que podrías tener/hacer para mejorar tu salud/bienestar?. Acabamos con una pequeña reflexión por parte de cada unx de lxs participantes y pasamos la encuesta de satisfacción. Con los niñxs trabajamos con cartulina de color verde, amarillo y rojo dibujando o escribiendo cosas del pueblo que mejoran la salud (verde), cosas que son indiferentes (amarillo) y cosas que empeoran la salud o que faltan (rojo).

5.- Elaboración del mapa con google maps y el buscador de activos que va vinculado a OMI-AP(<http://atencioncomunitaria.aragon.es/activos-para-la-salud/>). Este punto anda más en pañales. Queremos hacer un excel con toda la información, pueblo a pueblo y hacerlo en google maps. Tenemos dificultad en este ultimo porque es muy laborioso y en la mayoría de los casos no hay direcciones exactas de los activos, o son informales. Tenemos que juntarnos el equipo del proyecto para ver cómo lo acabamos de estructurar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Número de Activos en salud registrados en alguna o en ambas plataformas de la Sierra de Albarracín: de momento no hemos registrado mas que 4-5 cosas y de prueba en googlemaps.
- Número de Profesionales que participan del abordaje comunitario y de Recomendación de activos: no lo hemos contabilizado. El abordaje comunitario se suele hacer en las consultas, pero el protocolo no se usa de momento de manera sistemática. Con respecto al protocolo y la recomendación de activos tenemos la dificultad de elegir los activos a los que derivar, mas allá de la Comarca. Tenemos que sentarnos también el grupo para ver de qué manera podemos sistematizarlo.
- Número de población que participa en las Fiestas del Mapeo: en las fiestas en sí han participado 144 personas adultas y 21 niñxs. Además en el encuentro de la comarca había unas 80 personas pero por las condiciones del pabellón, mucho del final no entendieron bien la dinámica
- Valoración de la Fiestas del Mapeo a través de una encuesta de satisfacción: se ha pasado en todas las Fiestas del Mapeo y la valoración ha sido súper positiva, sobre todo nos remarcaron que cualquier actividad en la que puedan participar les gusta porque es una actividad nueva para hacer en pueblos en los que no hay muchas actividades. También valoran poder juntarse gran parte de la gente del pueblo. Y a casi todos les ha sorprendido mucho la dinámica de participación porque esperan que vayamos a darles una charla, no a aprender de ellos.
- Edades y sexo de las personas clave encuestadas para la elaboración del mapa: la mayoría mujeres (98%) y con edades comprendidas entre los 50 y 70 años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pensamos que estamos cumpliendo los objetivos parcialmente. Nos falla el que los profesionales integremos la recomendación de activos y el registro de dichos activos. Tenemos información de mas de la mitad de los pueblos, pero falta registrarla y compartirla con los profesionales y con la población. A nivel de empoderar a la población, con la dinámica de las fiestas del mapeo, conseguimos dar valor a lo suyo y se sienten muy reforzados.

Al ser una zona tan amplia y tan poco poblada, muchos de los activos de salud son informales, o no tienen sede, o una continuidad, por eso es por lo que es difícil hacer un mapa para registrar todo.

Otra dificultad es que periódicamente habría que repasar si estos activos siguen vigentes. Por lo que habría que programar anual o bianualmente hacer un repaso de dichos activos.

El esfuerzo de realizar las Fiestas es importante, ya que son por la tarde, fuera de nuestro horario laboral. La realización de entrevistas depende mucho de los profesionales sanitarios que lleven dichos pueblos, por eso es por lo que nos faltan varios pueblos de registrar. También algunos que están fuera de nuestra ZBS, pero que en 2016 conseguimos información de dichas localidades y probablemente empleemos esa información.

Como partes positivas del proyecto es que de esta manera como sanitarios nos acercamos en mayor medida a la vida de la población fuera de la consulta, nos interesamos por lo que hacen, las actividades que tienen, la manera de juntarse y desarrollar su tiempo de ocio. En las Fiestas del Mapeo la más valorado es el poderse juntar la gente del pueblo y el contacto con nosotrxs fuera de la consulta. Además es un proyecto fácilmente replicable en otras ZBS. Para la continuidad del proyecto tenemos el sosten de APSMA en el que participan personas que viven y trabajan en la sierra.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto va a continuar por lo menos un año mas para poder hacer entrevistas en todos los pueblos y sistematizar la información. Además queremos hacer fiestas del mapeo en algún pueblo más como Bezas, Bronchales y Gea.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/470 ===== ***

Nº de registro: 0470

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0470

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

Título
MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

Autores:
LASHERAS BARRIO MONICA, CASTILLON ALFAYE JUAN IGNACIO, BESER MORTE CRISTINA, MARTIN CLEMENTE MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Nos centramos en lo que nos hace mantener la salud, no en lo que nos enferma.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La recomendación de Activos para la Salud es una de los pilares o vías de acción de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón. Para hacer dicha recomendación tenemos que tener un conocimiento de los activos de nuestra zona. Podemos definir Activo para la Salud como "Cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud" (Morgan y Ziglio, 2007). Estos recursos presentes en la comunidad pueden actuar a nivel individual, familiar y/o comunitario y tienen como denominador común la capacidad de fortalecer la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud física-psíquica y/o social y contrarrestar situaciones de estrés, superar las dificultades frente a la desigualdad y esenciales para articular la búsqueda de capacidades y habilidades hacia lo que genera salud y empoderamiento individual y colectivo, mejora de la estima individual y colectiva, y en consecuencia menor dependencia del sistema sanitario.
Los mapas de activos, mediante su desarrollo participativo, son una herramienta útil para fomentar el empoderamiento de la población en su salud y aumentar el conocimiento de los recursos de salud disponibles en el entorno, ayudando a crear un enfoque positivo de la salud y aumentar la relación entre profesionales sanitarios, sociales y vecinos de una comunidad.
Participantes: personas clave/referentes de los municipios. Colegio de Orihuela del Tremedal. Colegio de Torres. Asociaciones de mujeres de: Orihuela del Tremedal, Guadalaviar, Jabaloyas y Torres. APSMA. Trabajadoras sociales de la Comarca. Personal del EAP y de otros EAP que abarquen municipios de la Sierra de Albarracín, que aunque no dinamicen el mapeo va a apoyar en la difusión de las encuestas.

RESULTADOS ESPERADOS
- Hacer un análisis de los Activos en Salud que hay en la Sierra de Albarracín, disgregada por municipios.
- Integrar en nuestra práctica diaria el abordaje comunitario y la Recomendación de Activos, incluida en la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón.
- Fomentar el empoderamiento de la población que vive en los municipios de la Sierra de Albarracín y el conocimiento de los factores o recursos que mejoran y mantienen su salud, sobre todo aquellas partes más intangibles como son la cohesión social, redes y asociaciones informales, el aporte de cada vecino/a, etc.

MÉTODO
- Encuesta a personas clave de cada pueblo de la Sierra de Albarracín. Como hay municipios que no pertenecen al EAP de Albarracín, pediremos ayuda a otros sanitarios de otros EAPs o acudiremos a los pueblos.
- Fiestas del Mapeo o Encuentros por la Salud en: Jabaloyas, Torres de Albarracín, Guadalaviar y Orihuela del Tremedal.
-Elaboración del mapa con google maps y el buscador de activos que va vinculado a OMI-AP (<http://atencioncomunitaria.aragon.es/activos-para-la-salud/>)

INDICADORES
- Número de Activos en salud registrados en alguna o en ambas plataformas de la Sierra de Albarracín
- Número de Profesionales que participan del abordaje comunitario y de Recomendación de activos.
- Número de población que participa en las Fiestas del mapeo.
- Valoración de la Fiestas del mapeo a través de una encuesta de satisfacción.
- Edades y sexo de las personas clave encuestadas para la elaboración del mapa.

DURACIÓN
Marzo- Junio 2019: realización de Fiestas/Encuentros del Mapeo
Marzo- agosto 2019: realización y recogida de encuestas de todos los pueblos de la Sierra de Albarracín.
Septiembre-Noviembre: síntesis de los datos, elaboración de mapa.
Diciembre 2019: puesta en común al EAP, Consejo de Salud de Zona y a la población.
Este calendario es bastante exigente y por otras actividades tal vez se necesiten 2 años para completar todo el estudio, o incluso más si posteriormente queremos hacer las Fiestas del Mapeo en casi todos los municipios de la Sierra.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0470

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

OBSERVACIONES

La actividad se va a hacer en coordinación y con el apoyo del resto de integrantes de APSMA (Helena Esteva, Cristina Yuste y Raquel González principalmente), cuyo proyecto está enmarcado en la RAPPs.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0483

1. TÍTULO

FORMACION A LA POBLACION DIABETICA EN TRATAMIENTO CON INSULINA Y SUS CONVIVIENTES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN EN PREVENCION, DETECCION Y MANEJO DE HIPOGLUCEMIAS

Fecha de entrada: 19/12/2019

2. RESPONSABLE MANUEL GALINDO DOBON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CLEMENTE MANUELA
LORENZ DE LA PUENTE GLORIA
SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS
CUEVAS FELIZ CESAR SANTIAGO
TAMAMES CERDA ANA
ACHA DOMINGUEZ JESUS
ORTE GUERRERO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se comenzó con una búsqueda bibliográfica para actualizar las últimas evidencias disponibles en el manejo de la hipoglucemia en pacientes insulinizados. El material recopilado se organizó y fue distribuido entre los colaboradores del proyecto. Se han mantenido varias reuniones de seguimiento y los colaboradores han estado en contacto con el responsable por teléfono y correo electrónico. Los resultados fueron enviados a la Técnico de Salud del sector.

Se solicitó a Atención Primaria un listado de los pacientes de nuestra Zona Básica de Salud diagnosticados de diabetes que estuvieran en tratamiento con cualquier preparado de insulina a fecha de inicio del estudio, con un resultado de 60 en total.

Se propuso dar una charla-taller de forma personalizada a cada paciente y sus familiares o cuidadores. Consistió en una recogida de datos sociosanitarios, exposición informativa sobre prevención, reconocimiento y actuación ante hipoglucemias, adiestramiento en el manejo del kit de glucagón, administración del test de Clarke que valora el grado de percepción de la hipoglucemia y posterior resolución de dudas. Se les dejó una hoja con información básica y normas de actuación. No se pudo encontrar ningún cuestionario homologado que valorase el grado de conocimiento de los pacientes sobre el manejo de la hipoglucemia y el uso del glucagón, por lo que se elaboró uno propio de 15 preguntas con respuesta verdadero/falso que se pasó a los pacientes y sus acompañantes tras el taller. Se insistió en reforzar los puntos que habían quedado menos claros a luz de las respuestas. Con anterioridad se les había comunicado el objeto del proyecto y la importancia de saber manejar un kit de glucagón. El taller también se llevó a cabo en las residencias de ancianos de Albarracín y Terriente y se dejaron kits de glucagón en ambas. Se realizaron 41 charlas-taller,

incluyendo las dos llevadas a cabo en las residencias de ancianos, con un total de 85 asistentes. Se accedió previamente a la historia clínica de cada paciente para recoger información sobre morbilidad asociada, hipoglucemias registradas, determinaciones de hemoglobina glicosilada, medicamentos prescritos y posteriormente para registrar las actividades realizadas en OMI-AP. Al final del estudio se volvió a acceder a las historias clínicas para comprobar si se había retirado de las farmacias el glucagón prescrito.

Desde Farmacia de Atención Primaria se facilitó el listado de las prescripciones de glucagón de nuestro Centro de Salud en 2018 y 2019.

Con los datos obtenidos se hizo un pequeño estudio estadístico mediante el programa SPSS versión 22.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Constan 60 pacientes insulinizados en nuestra zona de salud: 21 en el cupo de Albarracín, 9 en el de Royuela, 9 en el de Villar del Cobo, 8 en el de Orihuela, 6 en el de Valdecueca (donde están incluidos los residentes en la Residencia de Ancianos de Terriente), 5 en el de Bronchales y 2 en el de Noguera. En nuestro estudio se han registrado 14 perdidos: 7 por traslado de localidad, 3 por exitus, uno porque pasó a seguir tratamiento con antidiabéticos orales y 3 porque no se logró contactar con ellos.

De los 46 pacientes estudiados el porcentaje de mujeres fue del 56.53%. Edad: mediana 72, IQR 16, mínimo 15, máximo 92. Años de evolución de la diabetes: mediana 14, IQR 11, mínimo 2, máximo 40. Años en tratamiento con insulina: media 7.8, DE 4.9, mínimo 1, máximo 20. Unidades diarias de insulina empleadas en el tratamiento: mediana 38, IQR 36, mínimo 8, máximo 144. Cifra de la última glicosilada: mediana 8.4, IQR 2.25. Cifra de la penúltima glicosilada: mediana 8.2, IQR 2. Cifra de la antepenúltima glicosilada: mediana 7.9, IQR 1.5. Tipo de insulina empleada: basal 56.5%, mezcla 43.5%. Comorbilidad asociada: el 96% de los pacientes tenían algún otro factor de riesgo cardiovascular, el 32.6% presentaba comorbilidad renal, el 27.7% cardiaca, el 17.4% retinopatía, el 13% comorbilidad neurológica, el 10.9% alguna otra patología endocrina, el 6.5% comorbilidad pulmonar y el 4.3% inmunológica o reumatológica. Asociaban tratamiento con betabloqueantes 5 pacientes (11%) pero ninguno tomaba sulfonilureas. El 65.2% de los pacientes había sufrido hipoglucemias en alguna ocasión, en el último mes las habían padecido 9 pacientes (18.5%) y en el último año 22 (47.8%). No se ha encontrado relación estadística entre el porcentaje de hipoglucemias y el uso de insulina basal o mezcla. El resultado del test de Clarke muestra que 10 pacientes (21.7%) tenían riesgo de sufrir hipoglucemias inadvertidas mientras que el resto eran capaces de reconocerlas. El resultado del test de conocimientos alcanzados tras la intervención, sobre un total de 15 posibles respuestas correctas, arrojó una mediana de 13, IQR 3.25, mínimo 6, máximo 15, moda 13. A 28 pacientes (60.81%) se les prescribió glucagón en la receta electrónica, comprobando que 22 (78%) lo habían retirado de la farmacia. Un total de 5 pacientes (11%) rechazaron el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0483

1. TÍTULO

FORMACION A LA POBLACION DIABETICA EN TRATAMIENTO CON INSULINA Y SUS CONVIVIENTES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN EN PREVENCION, DETECCION Y MANEJO DE HIPOGLUCEMIAS

glucagón, bien por no haber sufrido nunca una hipoglucemia y creer no necesitarlo, bien porque les suponía excesiva dificultad su manejo. Se dejaron 4 kits de glucagón en la residencia de ancianos de Albarracín y 2 en la de Terriente. En 2018 ya se habían dispensado 12 kits de glucagón a pacientes de la zona básica de salud. La suma de los 5 pacientes que no quieren glucagón más la de los 6 que no lo han retirado de la farmacia supone que la cobertura de pacientes diabéticos en tratamiento con insulina que disponen de un kit de glucagón es del 76.1%. Estos resultados han sido verificados con los datos de dispensación aportados por Farmacia de Atención Primaria del Sector de Teruel. En todos los casos se accedió a la historia clínica electrónica y se registraron las intervenciones en OMI-AP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración global del estudio es positiva. Se ha conseguido el objetivo de informar y entrenar en el manejo del glucagón a la mayoría de la población insulinizada de nuestra área de salud. Únicamente no se logró contactar con 3 de los 49 pacientes listados como residentes, por lo que la cobertura alcanza el 94%. Así mismo, las charlas realizadas en las dos residencias de ancianos mejoran la formación de los internos y los trabajadores, y son positivas para la relación con el centro de salud. La acogida de la actividad ha sido positiva, con 85 asistentes en total; creemos que es una buena cifra.

Se ha logrado el principal objetivo, incrementado en los pacientes y sus familiares el conocimiento de la enfermedad y se ha incidido, gracias al test de evaluación, en los puntos en los que tenían más dudas. Añadir el test de Clarke sobre la percepción de hipoglucemia creemos que es valioso para el manejo de la diabetes. Respecto al objetivo específico sobre el uso del kit de glucagón, solamente 11 pacientes no disponen del mismo tras terminar el proyecto, lo que supone el 76.1% lo tiene disponible y sabe utilizarlo. Este es, a nuestro entender, un porcentaje muy alto.

Se ha comprobado la dispensación de glucagón desde las farmacias y se ha cotejado con los datos de Farmacia de Atención Primaria. Entendemos que un seguimiento de este tipo es necesario para comprobar si se aplican los conocimientos transmitidos.

Se han anotado en OMI las actividades y el resultado de los test en todos los casos; esto mejora la calidad del registro.

Es positivo encontrar una escasa cantidad de pacientes en tratamiento con fármacos que pueden agravar las hipoglucemias o su percepción: solo 5 (11%) se medicaban con betabloqueantes y ninguno con sulfoniluras. Este último dato es muy positivo y mejora ampliamente el que aparece en otros estudios.

Respecto a los aspectos negativos, sorprende el poco conocimiento de algunos pacientes sobre la diabetes, pese a llevar un buen número de años padeciéndola, así como la poca importancia que le daban a las hipoglucemias una minoría, considerándolas como algo normal y poco peligroso. Esto es así pese a que más de un 65% de ellos han sufrido hipoglucemias durante el curso de su enfermedad, incluso un 18.5% en el último mes (estos porcentajes son concordantes con otros estudios previos). Tampoco es alentador comprobar que las cifras de hemoglobina glicosilada en estos enfermos están lejos de las óptimas y que hay una ligera tendencia al empeoramiento. Por supuesto la escasa muestra del estudio no permite realizar ninguna comparación con validez estadísticamente significativa. La conclusión es que un proyecto como este de mejora de conocimiento sobre la diabetes resulta beneficioso y útil, mejorando en última instancia la morbilidad y manejo de la enfermedad. Se plantea la necesidad de que sean programados periódicamente y llevados a cabo en más centros de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/483 ===== ***

Nº de registro: 0483

Título
FORMACION A LA POBLACION DIABETICA EN TRATAMIENTO CON INSULINA Y SUS CONVIVIENTES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN EN PREVENCION, DETECCION Y MANEJO DE HIPOGLUCEMIAS

Autores:
GALINDO DOBON MANUEL, MARTIN CLEMENTE MANUELA, LORENZ DE LA PUENTE GLORIA, SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS, CUEVAS FELIZ CESAR SANTIAGO, TAMAMES CERDA ANA, ACHA DOMINGUEZ JESUS, ORTE GUERRERO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0483

1. TÍTULO

FORMACION A LA POBLACION DIABETICA EN TRATAMIENTO CON INSULINA Y SUS CONVIVIENTES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN EN PREVENCION, DETECCION Y MANEJO DE HIPOGLUCEMIAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hipoglucemia se define como cualquier episodio de concentración plasmática de glucosa anormalmente baja, con o sin síntomas, en el que el individuo se expone a un daño. Clásicamente se acepta cifras de glucosa venosa < 70 o glucosa capilar < 60.
La aparición de hipoglucemia secundaria a tratamiento es una limitación muy importante para el control adecuado de la diabetes. La hipoglucemia se asocia a un exceso de morbi-mortalidad, disminución de la calidad de vida, mayor porcentaje de abandono del tratamiento e incremento en el coste del manejo de la enfermedad.
El riesgo de hipoglucemia grave en enfermos diabéticos se sitúa entre el 1.4 y el 1.6 por cada 100 personas-año. El tratamiento con insulina incrementa notablemente el riesgo, así como también la edad, la duración de la enfermedad, la presencia de complicaciones como insuficiencia renal o insuficiencia cardiaca, niveles altos o bajos de hemoglobina glicosilada y la toma concomitante de secretagogos o betabloqueantes.
La mayoría de las hipoglucemias son leves y suelen pasar desapercibidas. El 74% de estos episodios se producen por la noche.
Después de los anticoagulantes orales, la insulina es el medicamento que con mayor frecuencia se relaciona con ingresos urgentes en pacientes mayores de 65 años, por delante de otros, como antiagregantes, antidiabéticos orales, etcétera.
Existe evidencia de que la sospecha y la detección activa de hipoglucemias de repetición, sobre todo las asintomáticas, evitarían la presencia de hipoglucemias graves.
Existe evidencia de la importancia de que los cuidadores de personas en riesgo de hipoglucemia deben recibir adiestramiento en la administración de glucagón inyectable. El grupo de trabajo de diabetes de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición recomienda en pacientes tratados con insulina, evaluar periódicamente los conocimientos y tratamiento de la hipoglucemia así como recordar la necesidad de llevar consigo carbohidratos suficientes para el tratamiento de una hipoglucemia y disponer de glucagón.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana es el conjunto de pacientes diagnosticados de diabetes tipo 1 y tipo 2 de la ZBS de Albarracín que sigan tratamiento con cualquier preparado de insulina.
El objetivo es mejorar el conocimiento de pacientes y convivientes sobre hipoglucemias: mecanismo de producción, posibilidades de prevención, reconocimiento de los signos de alarma y capacitación para el manejo de las mismas. Un objetivo específico es que todos los paciente en tratamiento con insulina dispongan de un kit de glucagón y que tanto ellos como sus convivientes sepan manejarlo.

OBJETIVOS:

Mejorar el control de las hipoglucemias en los pacientes, disminuyendo su número y la gravedad de las mismas.
Adiestrar en el manejo del glucagón inyectable.
Mejorar la coordinación enfermería-medicina.
Mejorar el conocimiento de la población sobre su enfermedad.
Mejorar el registro de datos en OMI-AP.

MÉTODO

Se distribuirá entre los colaboradores un dossier con bibliografía actualizada.
Se planteará una primera reunión informativa para detallar el proyecto, fijar el calendario y distribuir las tareas, una segunda reunión con el proyecto mediado para poner en común y comentar los resultados parciales, el desarrollo y las dificultades encontradas y una reunión final de puesta en común y análisis de la validez y utilidad del proyecto.
Se elaborará un plantilla de recogida de datos sanitarios y sociodemográficos.
Se pasará a cada paciente el cuestionario de percepción de hipoglucemia de Clarke.
Se tratará de con cada paciente y sus convivientes habituales. Se abordará la prevención, reconociendo y actuación ante la hipoglucemia. El formato será el de taller práctico, guiado por el personal sanitario del estudio. Podrá ser grupal si el profesional o los pacientes entienden que este método es más pertinente o adecuado en atención a las características de su población.
Se entregará a los participantes un folleto con información básica y dudas más frecuentes.
Al terminar la actividad se propondrá un cuestionario básico a enfermos y familiares que sirva para valorar el grado de comprensión sobre la hipoglucemia.
Se registrarán las actividades realizadas en OMI-AP.

INDICADORES

Evaluar la cobertura alcanzada.
Registrar en la Historia Clínica de cada paciente la actividad realizada.
Comprobar que cada paciente tiene receta electrónica de glucagón y que está retirada de la farmacia.
Evaluar el grado de conocimiento de los pacientes mediante las respuestas del test posterior a la intervención.

DURACIÓN

Proyecto anual a desarrollar durante 2019. El primer mes reunión para presentar el proyecto y planificar la estrategia de actuación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0483

1. TÍTULO

FORMACION A LA POBLACION DIABETICA EN TRATAMIENTO CON INSULINA Y SUS CONVIVIENTES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN EN PREVENCION, DETECCION Y MANEJO DE HIPOGLUCEMIAS

Desarrollo de las actividades durante el siguiente semestre.
Recogida de datos y presentación de resultados en el 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 RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0633

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TECNICA MÖLNDAL EN LA CICATRICACION DE HERIDAS QUIRURGICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA BESER MORTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ LAHUERTA RAMON
MARTIN CLEMENTE MANUELA
LAORDEN ESTEBAN MERCEDES
LORENZ DE LA PUENTE GLORIA
SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS
GALINDO DOBON MANUEL
CASTILLON ALFAYE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión del equipo de mejora a finales de abril de 2019 para que todos conozcan la tecnica Mölndal, ajustar fecha para empezar a captar pacientes para llevarla a cabo, disponer del material necesario por cada profesional, y entrega a cada uno de un cuaderno de recogida de datos.

Captación de pacientes de la Consulta Monográfica de Cirugía Menor de la ZBS de Albarracin, aplicando cura Mölndal pura tras dicha cirugía

Captación de pacientes que sean intervenidos en otro centro hospitalario, cuya primera cura haya sido la "tradicional", y que nosotros cambiaremos a Mölndal hasta retirada de puntos y/o cicatrización. A esta ultima la llamaremos Mölndal "modificada".

Grupo de control, al que realizaremos la denominada "cura habitual"(seria la que venimos haciendo hasta ahora) Para los tres grupos usaremos un Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) en el cual valoraremos: Dolor (según Escala verbal Numérica) y duración del dolor, signos de infección(enrojecimiento, irritación,,),presencia de exudado, incomodidad o molestia por parte del paciente con este tipo de cura, datos de población (sexo y edad), tipo de cirugía, grado de satisfacción del paciente con el tipo de cura una vez finalizado el proceso de curación y material de cura utilizado. Veremos a los pacientes dos veces durante el plazo de 7 días.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el plazo establecido (mayo- noviembre de 2019)hemos hecho captacion de un total de 18 pacientes para los tres tipos de cura a comparar, 7 casos Mölndal pura, 3 casos Mölndal modificada y 8 casos cura habitual, con buenos resultados por el momento, pero nos parece una muestra muy pequeña para poder extrapolar datos y poder implantarla como metodo de cura seguro y fiable, es por ello que no damos por finalizado el proyecto y vamos a alargarlo unos meses mas para poder captar mas pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De momento estamos satisfechos con los resultados que tenemos, pero dado que la muestra nos parece pequeña no lo damos por finalizado

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/633 ===== ***

Nº de registro: 0633

Título
APLICACION DE LA TECNICA MÖLNDAL EN LA CICATRICACION DE HERIDAS QUIRURGICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Autores:
BESER MORTE CRISTINA, HERNANDEZ LAHUERTA RAMON, LAORDEN ESTEBAN MERCEDES, MARTIN CLEMENTE MANUELA, SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS, LORENZ DE LA PUENTE GLORIA, CASTILLON ALFAYE JUAN IGNACIO, GALINDO DOBON MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0633

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TECNICA MÖLN DAL EN LA CICATRICACION DE HERIDAS QUIRURGICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La técnica Möln dal, descrita por primera vez por Agnetha Folestad (2002), es un procedimiento en el que se aplica suero fisiológico, a continuación clorhexidina alcohólica al 2%, dejando secar al aire al menos durante 30 segundos, y por último un apósito de hidrofibra de hidrocólido fijado con un film de poliuretano a una herida quirúrgica tras el cierre de la herida por primera intención. La gran capacidad de absorción y de retención de la hidrofibra permite no tener que levantar la cura hasta un máximo de 7 días desde la intervención, a menos que presente circunstancias adversas como: infección, sobresaturación de la hidrofibra o despegue del film de poliuretano. Tiene como finalidad el evitar complicaciones en el proceso de cicatrización de heridas quirúrgicas (previniendo la infección, formación de flictenas en la piel perilesional, maceración o dehiscencia), promover el confort en el paciente (reduciendo los cambios de apósito y permitiendo una higiene corporal sin limitación debida a la herida quirúrgica) y optimizar los recursos sanitarios (mejorando el coste-efectividad, disminuyendo el tiempo y carga de trabajo de enfermería). Dada la dispersión que hay en la zona, la imposibilidad en muchas poblaciones de realizar una cura diaria por tiempos de consulta de enfermería o por imposibilidad de desplazamiento del paciente, y por los buenos resultados obtenidos en otros estudios, creemos que sería un buen método para aplicar en nuestra zona de trabajo

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este tipo de estudio es valorar tanto si hay buenos resultados en la cicatrización, como la optimización de tiempos tanto para el paciente como para los profesionales, reduciendo así la presión asistencial y pudiendo implantarla como método de cura seguro y fiable en un medio rural. Confort del paciente con este tipo de cura. Por otro lado, valorar costes en cada tipo de cura, Möln dal y cura habitual.

MÉTODO

Reunión del equipo de mejora durante marzo- abril de 2019 para que todos conozcan la técnica Möln dal, ajustar fecha para empezar a captar pacientes para llevarla a cabo, disponer del material necesario por cada profesional, y entrega a cada uno de un cuaderno de recogida de datos. Captación de pacientes de la Consulta Monográfica de Cirugía Menor de la ZBS de Albarracín, aplicando cura Möln dal pura tras dicha cirugía. Captación de pacientes que sean intervenidos en otro centro hospitalario, cuya primera cura haya sido la "tradicional", y que nosotros cambiaremos a Möln dal hasta retirada de puntos y/o cicatrización. A esta última la llamaremos Möln dal "modificada". Grupo de control, al que realizaremos la denominada "cura habitual" (sería la que venimos haciendo hasta ahora) Para los tres grupos usaremos un Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) en el cual valoraremos: Dolor (según Escala Verbal Numérica) y duración del dolor, signos de infección (enrojecimiento, irritación,,), presencia de exudado, incomodidad o molestia por parte del paciente con este tipo de cura, datos de población (sexo y edad), tipo de cirugía, grado de satisfacción del paciente con el tipo de cura una vez finalizado el proceso de curación y material de cura utilizado. Veremos a los pacientes dos veces durante el plazo de 7 días.

INDICADORES

Tiempo de evolución cicatrización de los tres tipos de curas (fecha de inicio y fecha de alta =curación)
Porcentaje de pacientes en los que ha surgido una complicación.
Encuesta de satisfacción del paciente.
Indicador de sesgos: patologías que interfieren en la normal cicatrización: Diabetes Mellitus (para todos los pacientes) e Insuficiencia Circulatoria (cuando se trate de cirugías en extremidades inferiores)

DURACIÓN

Marzo - Abril de 2019: reuniones del equipo de mejora para dar a conocer a todos la técnica, consenso entre todos sobre el Cuaderno de Recogida de Datos.
Marzo-Abril de 2019: sesión clínica para dar a conocer a todo el equipo del CS Albarracín la técnica a implantar.
Mayo - Noviembre de 2019: captación de pacientes y recogida de datos.
Diciembre de 2019- Enero de 2020: evaluación del proyecto y de los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0633

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TECNICA MÖLNDAL EN LA CICATRICACION DE HERIDAS QUIRURGICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MARCO CATALAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALFAMBRA
· Localidad ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS
ESTEBAN PEREZ NURIA
HERRERO PEREZ ESMERALDA
MARTIN MUÑOZ GLORIA
ABADIA BERNUES CARMELO
HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tal y como se planteó en el documento inicial, el personal del equipo ha realizado su propia formación en dispositivos de inhaladores mediante sesión clínica impartida por los propios componentes del equipo de mejora. Dicha sesión inicialmente estaba planificada para los meses de abril y mayo, pero por motivos de agenda (los jueves es el día que el EAP tiene reservado para la realización de las reuniones de equipo y de las sesiones clínicas), no pudo ser impartida hasta el 15 de junio.

El título de dicha sesión fue: "CARACTERÍSTICAS Y TÉCNICA CORRECTA DE USO DE LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN." Y "TALLER DE USO ADECUADO DE INHALADORES PARA PACIENTES". Quedó registrada en el documento MC-2_SA(P)E (normas ISO 9001) ACTA SESION CLINICA SC-8 15062017.

Posteriormente, tal y como se planteó en el proyecto inicial, se programó la realización de 3 talleres (con frecuencia trimestral) de educación grupal dirigidos a pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación) o de polvo seco (unidosis o multidosis) .

El primer taller estaba programado para junio de 2017, pero dado el retraso en la presentación de la sesión y la llegada del periodo vacacional, con aumento importante de la población desplazada y el consiguiente aumento de la demanda asistencial, se decidió posponerlo para septiembre.

A lo largo de este mes de septiembre cada enfermera (apoyada por el médico correspondiente y por una médico residente de 2º año que estaba realizando su rotación rural) ha ido desarrollando los talleres en grupos hasta de 6 pacientes. Para ello, en primer lugar ha impartido la presentación "Taller de uso adecuado de inhaladores para pacientes" en la que se explica de forma sencilla las ventajas de la vía inhalada respecto a otras vías de administración, y la importancia de realizar una buena técnica de inhalación con su dispositivo. Asimismo, se expone un vídeo de la técnica de inhalación correcta para el inhalador que usa el grupo, y un material de refuerzo con dibujos y explicaciones sencillas para repasar dicha técnica. También se explican las nociones básicas de higiene bucal tras el uso de inhaladores, y de mantenimiento y conservación adecuada de los dispositivos.

Cada paciente ha acudido al taller con su inhalador y su cámara de inhalación (en caso de que la utilice) y ha realizado delante del sanitario la técnica de inhalación de forma supervisada a nivel individual, siendo corregido en aquellos aspectos en los que la técnica ha sido incorrecta.

Tras la visualización del vídeo se ha pasado un test a cada uno de los participantes con el fin de constatar sus conocimientos sobre el uso de inhaladores, cuestionario que se repetirá en los dos talleres posteriores para objetivar los conocimientos adquiridos a través del proceso de educación sanitaria y que se utilizarán para la evaluación de indicadores.

Los talleres realizados han quedado registrados en el documento MC-2_SA(P)E (normas ISO 9001) ACTA TALLERES DIRIGIDOS A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHALADORES.

El segundo taller se realizó a lo largo del mes de enero de 2018. Se volvieron a citar en grupos de 6 pacientes en tratamiento con el mismo inhalador y se incluyeron a los pacientes nuevos que a lo largo de estos meses desde el primer taller han comenzado a usar inhaladores. Inicialmente se comprobó individualmente en cada paciente la técnica de inhalación, corrigiendo los errores en la misma. Posteriormente se impartió de nuevo la presentación "Taller de uso adecuado de inhaladores para pacientes" y se expuso el mismo vídeo sobre la técnica de inhalación correcta para el inhalador que usa el grupo. Finalmente se volvió a pasar el mismo test a cada uno de los participantes con el fin de conocer sus conocimientos y habilidades adquiridos en el uso de inhaladores después de las sesiones realizadas.

Queda programado el tercer y último taller para abril de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores clínicos que se van a utilizar para realizar la evaluación son los siguientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

1. Mejora del conocimiento del uso de inhaladores a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.
2. % pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>90%) según e-receta
3. % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
4. % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
5. % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

Los indicadores clínicos se evaluarán a través de Historia clínica y receta electrónica y a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.

La evaluación de resultados se realizará a partir de mayo de 2018 hasta final del mismo año.

Por lo tanto, este proyecto continuará durante todo el año 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dado que se trata de un proyecto de seguimiento que todavía no ha concluido, en el momento actual no disponemos de resultados ni conclusiones ni posibles recomendaciones, pero hemos podido objetivar una excelente acogida por parte de los pacientes, con un gran porcentaje de participación e interés en la realización de la técnica de forma correcta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1214 ===== ***

Nº de registro: 1214

Título
EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

Autores:
MARCO CATALAN MARIA PILAR, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, ESTEBAN PEREZ NURIA, HERRERO PEREZ ESMERALDA, MARTIN MUÑOZ GLORIA, ABADIA BERNUES CARMELO, HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Muchos pacientes con asma o EPOC consiguen beneficios incompletos con el tratamiento inhalado debido a una mala técnica de inhalación y ello compromete el control de estas patologías. La revisión regular de la técnica de inhalación es crucial, ya que la técnica correcta es una de las claves del control de dichas patologías.

De hecho, las causas principales de descompensación en los pacientes con asma-EPOC son: el abandono o infratilización del tratamiento por parte del paciente, el infratratamiento por parte del médico y, finalmente, una técnica de inhalación inadecuada.

Por ello, se han detectado por parte de los profesionales del EAP de Alfambra la necesidad de formación a los pacientes en el uso de inhaladores.

Por otro lado, la situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

El objetivo general es implantar un programa de educación grupal para el correcto manejo de inhaladores en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

Objetivos específicos:

- 1.- Reducción del nº de reagudizaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
- 2.- Reducción del nº de ingresos hospitalarios
- 3.-Mejoría del control de síntomas en el paciente estable
- 4.- Reducción del nº de pacientes que abandonan el tratamiento de base
- 5.-Reducción de la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis

MÉTODO

Se realizarán talleres de educación grupal compuestos por 2 a 4 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación) o de polvo seco (unidosis o multidosis) .

- * Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
- * Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.

Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

Previamente el personal del equipo realizará su propia formación en dispositivos de inhaladores mediante sesión clínica que impartirán los propios miembros del equipo.

Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017) y se llevarán a cabo tanto por personal de médico como de enfermería.

INDICADORES

1. Mejora del conocimiento del uso de inhaladores a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.
2. % pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>90%) según e-receta
3. % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
4. % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
5. % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

Los indicadores clínicos se evaluarán a través de Historia clínica y receta electrónica y a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.

DURACIÓN

Sesión clínica formativa en el uso de inhaladores: abril-mayo 2017
Primer taller para pacientes: junio 2017
Segundo taller para pacientes: octubre 2017
Tercer taller para pacientes: diciembre 2017
La evaluación de resultados se realizará a lo largo del año 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MARCO CATALAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALFAMBRA
· Localidad ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS
ESTEBAN PEREZ NURIA
HERRERO PEREZ ESMERALDA
MARTIN MUÑOZ GLORIA
ABADIA BERNUES CARMELO
HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 15 de junio de 2017 se realizó una sesión clínica (SC-15062017), aproximadamente de una hora y media de duración, impartida por un miembro del equipo de mejora de calidad dirigida a todos los profesionales facultativos y de enfermería del EAP de Alfambra. En dicha sesión se realizó un repaso de las características de los distintos sistemas de inhalación que en la actualidad están disponibles en el mercado; sus ventajas e inconvenientes, y se recordó la técnica de inhalación adecuada de cada uno de ellos, mediante vídeos y escenificación con dispositivos de placebo. También se explicó el mantenimiento que cada tipo de inhalador requiere, para la conservación en buenas condiciones de los mismos.

Después de la sesión clínica para los profesionales, se expuso otra presentación más breve que es la que se proyectó posteriormente en los talleres grupales dirigidos a los pacientes. En ella se explicaron de forma sencilla las ventajas de la vía inhalada respecto a otras vías de administración, y la importancia de realizar una buena técnica de inhalación con su dispositivo. Asimismo, se expuso un vídeo de la técnica de inhalación correcta para el inhalador que usa el grupo, y un material de refuerzo con dibujos y explicaciones sencillas para repasar dicha técnica. Este material se les dio impreso a los pacientes al finalizar el taller, para que puedan consultarlo cuando precisen. También se explicaron las nociones básicas de higiene bucal tras el uso de inhaladores, y de mantenimiento y conservación adecuada de los dispositivos.

Posteriormente se realizaron 3 talleres de educación grupal dirigidos a los pacientes (el primero en septiembre de 2017, el segundo en enero de 2018 y el tercero en abril de 2018). Fueron impartidos por los profesionales médicos y de enfermería, en algunos de ellos en colaboración con Médicos Residentes de segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria que estaban realizando la rotación rural en nuestro centro en ese momento.

Para la planificación de dichos talleres se formaron varios grupos de pacientes (entre 2-4) distribuidos en los 5 cupos médicos de los que consta el EAP de Alfambra en función del sistema de inhalación que utilizasen. Los pacientes traían su propio inhalador y cámara espaciadora si fuera el caso. En primer lugar se les expuso la presentación dirigida a pacientes, después cada uno de ellos mostró como realizaba la técnica de inhalación, posteriormente el profesional de enfermería explicaba como era la técnica correcta para el inhalador en cuestión y lo comprobaba de forma individual en cada uno de los pacientes y finalmente se pasó un cuestionario para evaluar el conocimiento adquirido tras el taller.

A dichos talleres asistieron un total de 49 pacientes diagnosticados de EPOC y/o asma bronquial del total de los 65 pacientes incluidos en Cartera de Servicios de EPOC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores clínicos utilizados se evaluaron a través de Historia Clínica de OMI-AP y receta electrónica, y a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos y fueron los siguientes:

1.- Mejora del conocimiento del uso de inhaladores a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos:

- 14 pacientes no mejoran su técnica tras la realización de los 3 talleres
- 22 pacientes si mejoran su técnica tras la realización de los 3 talleres
- 5 pacientes acudieron únicamente al primer taller y ya realizaban la técnica correcta
- 5 pacientes acudieron solo al primer taller y realizaban la técnica de forma incorrecta
- 5 pacientes acudieron únicamente al primer taller y no usaban el inhalador prescrito

Los motivos por los que la técnica de uso del inhalador fue incorrecta fueron los siguientes:

- 1ª causa: 30 pacientes no realizaban apnea post-inhalación
- 2ª causa: 20 pacientes no realizaban espiración previa
- 3ª causa: 9 pacientes no realizan enjuague bucal
- 4ª causa: 2 pacientes no realizaban una inspiración lenta
- 5ª causa: 2 pacientes pulsaban varias veces

2.- % de pacientes que retiran las recetas de inhaladores en tiempo correcto según e-receta:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

Solo 42 pacientes retiraron los inhaladores a tiempo, lo que supone un 85%, por lo que no se alcanza el objetivo mínimo establecido del 90%.

3.- % de pacientes que reducen nº de agudizaciones respecto al año anterior:

39 pacientes han sufrido menos agudizaciones en 2018 respecto a 2017, lo que supone el 79,59%, por lo que prácticamente se alcanza el objetivo propuesto del 80%.

4.- % de pacientes que reducen el nº de ingresos hospitalarios respecto al año anterior:

En 2017, 12 pacientes tuvieron por lo menos un ingreso hospitalario, en 2018, 6 pacientes requirieron un mínimo de un ingreso, lo que supone una reducción del 50% del número de pacientes que sufren al menos un ingreso. No se alcanza el objetivo de una reducción del 70% de los ingresos.

5.- % de pacientes que reducen el nº de episodios de candidiasis orofaríngeas:

Durante el año 2017 en 10 pacientes hay registrado, por lo menos, un episodio de candidiasis orofaríngea, en 2018, son 6 los pacientes en los que se ha registrado, lo que supone una reducción del 60%, por lo que tampoco se alcanza el objetivo de reducir en un 80% los pacientes que han sufrido menos episodios de candidiasis orofaríngea.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Reseñar que el seguimiento de los pacientes solo pudo realizarse hasta fin de octubre de 2018 (y no hasta diciembre, tal y como se indicó en el proyecto inicial), ya que la coordinadora del proyecto cambió el lugar de trabajo y ya no pudo acceder en OMI-AP a los pacientes incluidos en el estudio, lo que supone un sesgo en el análisis de los datos, ya que noviembre y diciembre son meses fríos en los que aumenta la patología respiratoria y las reagudizaciones.

Hemos encontrado una prevalencia de EPOC en el EAP Alfambra del 5,27% (con diferencias entre cupos del 1,72% a 9,69%), prevalencia que es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN (9,1%).

Del total de 65 pacientes diagnosticados de EPOC e incluidos en Cartera de Servicios, 49 acudieron a los talleres.

En nuestros pacientes hemos encontrado que el error más frecuente es no realizar correctamente la apnea tras la inhalación, detectándose en el 59,8% de los casos, datos semejantes a los encontrados en otros estudios (57,2%) en los que sigue siendo también el error más frecuente. Curiosamente es un error que no tiene relación con el dispositivo en sí que se esté usando, ya que depende exclusivamente de que el paciente tenga ese conocimiento o no.

Cabe destacar también que la mayoría de nuestros pacientes no tiene estudios o bien, tienen solo estudios primarios y muchos de ellos son de edades avanzadas. Por tanto, nos encontramos con pacientes donde la labor educativa debe ser aún mayor, continua y acorde a sus necesidades.

Hemos observado que los errores cometidos en la técnica de inhalación con los dispositivos de comercialización más reciente (Ellipta®, Genuair®, Respimat®) son equiparables a los tradicionales (Accuhaler®, cartuchos presurizados y Turbuhaler®).

El número tan elevado de errores que se cometen al usar los inhaladores nos hace pensar que la efectividad de los tratamientos es inferior a la deseada, de hecho, un elevado número de nuestros pacientes creen que su problema de salud no está bien controlado, aunque algunos de ellos tienen la percepción de no estar enfermos o de que el inhalador no sirve para nada.

Pensamos que gran parte del problema radica en la falta de conocimiento de la técnica de terapia inhalada por parte de médicos y enfermeras, lo que puede generar un mal cumplimiento terapéutico y una escasa adherencia al tratamiento, lo que se traduce en un aumento en el número de reagudizaciones, hospitalizaciones y riesgo elevado de mortalidad.

Concluir finalmente que la elección adecuada del dispositivo a las características del paciente y el conocimiento de la técnica inhalatoria es imprescindible en el facultativo que lo prescribe, con el objetivo de conseguir un buen uso del dispositivo y una técnica correcta por parte del paciente. El personal de enfermería puede jugar un papel fundamental en dicha enseñanza. Pero, además, el paciente debe tener un conocimiento mínimo sobre su enfermedad y el tratamiento con terapia inhalada y comprender el sentido que ésta juega en la evolución de su enfermedad y en la prevención de las agudizaciones.

Creemos que nuestra intervención ha mostrado eficacia y ha contribuido a mejorar la adherencia al tratamiento y que con un pequeño cambio en los conocimientos del uso de los inhaladores podemos tener un efecto beneficioso a largo plazo. Por ello, aunque este proyecto queda finalizado, tenemos intención de implementar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

este programa de educación grupal en uso de inhaladores en nuestro EAP.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1214 ===== ***

Nº de registro: 1214

Título
EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

Autores:
MARCO CATALAN MARIA PILAR, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, ESTEBAN PEREZ NURIA, HERRERO PEREZ ESMERALDA, MARTIN MUÑOZ GLORIA, ABADIA BERNUES CARMELO, HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Muchos pacientes con asma o EPOC consiguen beneficios incompletos con el tratamiento inhalado debido a una mala técnica de inhalación y ello compromete el control de estas patologías. La revisión regular de la técnica de inhalación es crucial, ya que la técnica correcta es una de las claves del control de dichas patologías.

De hecho, las causas principales de descompensación en los pacientes con asma-EPOC son: el abandono o infrutilización del tratamiento por parte del paciente, el infratratamiento por parte del médico y, finalmente, una técnica de inhalación inadecuada.

Por ello, se han detectado por parte de los profesionales del EAP de Alfambra la necesidad de formación a los pacientes en el uso de inhaladores.

Por otro lado, la situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general es implantar un programa de educación grupal para el correcto manejo de inhaladores en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

Objetivos específicos:

- 1.- Reducción del nº de reagudizaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
- 2.- Reducción del nº de ingresos hospitalarios
- 3.-Mejoría del control de síntomas en el paciente estable
- 4.- Reducción del nº de pacientes que abandonan el tratamiento de base
- 5.-Reducción de la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis

MÉTODO

Se realizarán talleres de educación grupal compuestos por 2 a 4 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación) o de polvo seco (unidosis o multidosis) .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

- * Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
- * Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.

Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

Previamente el personal del equipo realizará su propia formación en dispositivos de inhaladores mediante sesión clínica que impartirán los propios miembros del equipo.

Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017) y se llevarán a cabo tanto por personal de médico como de enfermería.

INDICADORES

1. Mejora del conocimiento del uso de inhaladores a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.
2. % pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>90%) según e-receta
3. % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
4. % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
5. % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

Los indicadores clínicos se evaluarán a través de Historia clínica y receta electrónica y a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.

DURACIÓN

Sesión clínica formativa en el uso de inhaladores: abril-mayo 2017
Primer taller para pacientes: junio 2017
Segundo taller para pacientes: octubre 2017
Tercer taller para pacientes: diciembre 2017
La evaluación de resultados se realizará a lo largo del año 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1215

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE NURIA ESTEBAN PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALFAMBRA
· Localidad ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO CATALAN MARIA PILAR
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS
HERRERO PEREZ ESMERALDA
SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Difundir el protocolo de diabetes entre los profesionales mediante una sesión clínica.

-Instaurar un programa informático para el control, por parte de los profesionales; de la dispensación de tiras.

-Sesión formativa para el uso del programa informático.

-Difundir entre los profesionales el protocolo del número controles y uso de tiras según las características del paciente.

-Sesiones de educación diabetológica a nuestros pacientes

Implantación

-Se iniciará con las sesiones clínicas para la formación de los profesionales, que deberán estar realizadas antes de Junio de 2017.

-Se elaborará el contenido de las sesiones grupales, así como los test de evaluación, y se realizarán las sesiones hasta finales de Septiembre de 2017.

-Desde Octubre, se realizarán los cálculos de los indicadores, para tener finalizado el proyecto a finales del año 2017.

-Se iniciará con las sesiones clínicas para la formación de los profesionales, que deberán estar realizadas antes de Junio de 2017.

Con respecto al desarrollo del proyecto y cumplimiento de fechas previstas, al no disponer del programa informático para el control de tiras que debía proporcionar informática, se decide esperar hasta después del verano a realizar la sesión formativa a los

profesionales.

A falta del programa informático, y para poder cumplir el resto del calendario propuesto se decide seguir a pesar de no contar con el programa; se da la sesión formativa a los profesionales el día 7 de Septiembre mediante presentación powerpoint sobre la dispensación de tiras y sobre las últimas novedades en educación diabetológica, y se facilita un dossier con la información sobre educación diabetológica desarrollada y actualizada, y una presentación power point para utilizar en las sesiones grupales.

A fecha de cierre del proyecto (Diciembre 2017, sigue sin existir dicho programa informático).

Durante este mes de septiembre, se realizaron los talleres grupales con los pacientes, mediante el uso de una presentación power point, que se presentó y facilitó, también en la sesión del 7 de Septiembre.

Y durante los meses de Noviembre y Diciembre se elaboraron los indicadores y resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El día 7 de Septiembre se realizó en el Centro de Salud de Alfambra una sesión clínica para los profesionales, en el que se precisó cómo han de distribuirse las tiras para el control glucémico en función de la Instrucción del 21 de Mayo de 2013, de la Dirección de Continuidad Asistencial del SALUD (Anexo 1).

En dicha sesión también se trabajó con la presentación que se utilizaría para las sesiones grupales con los pacientes, y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1215

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO

una guía con información más extendida que se envía a los profesionales.

Se realizaron 6 sesiones en los diferentes pueblos, cubriendo así toda la zona que asiste Centro de Salud de Alfambra y su PAC. El total de asistentes a la sesión, todos ellos diabéticos con glucómetro, fue de 56 personas. Las sesiones se distribuyeron de la siguiente forma:

- Sesión grupal en Alfambra 26/10/2017
- Sesión grupal en Escorihuela: 25/10/2017
- Sesión grupal en Argente: 12/09/2017
- Sesión grupal Alpeñés: 19/09/2017
- Sesión grupal en Perales: 11/10/2017
- Sesión grupal en Pancrudo: 09/10/2017

Los indicadores

-Indicador de control glucémico:

Pacientes diabéticos con glucómetro con hemoglobina glicosilada realizada en últimos 6 meses: 33
Nº de pacientes diabéticos con glucómetro: 56

-Indicador del buen seguimiento de enfermería

Pacientes diabéticos con glucómetro PCE Diabetes conocimientos deficientes correctamente realizado: 55
Nº de pacientes diabéticos con glucómetro: 56

-Indicador de captación

Pacientes diabéticos con glucómetro que asisten a la sesión grupal: 36
Nº de pacientes diabéticos con glucómetro: 56

-Indicador de educación grupal (test de conocimientos previos y test al final del taller)

Número de preguntas acertadas pre-test 7,82
Número de preguntas del test 10

Número de preguntas acertadas pos-test 9,25
Número de preguntas del test 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración de los indicadores se ha realizado con los datos proporcionados en las diferentes sesiones realizadas y comparadas con los datos de cumplimiento que aparecen registrados en el cuadro de mandos.

Con respecto a los resultados, se ha observado una buena participación de los pacientes en las sesiones (65%), un buen seguimiento de enfermería objetivado por la correcta cumplimentación del PCE Conocimientos de diabetes (98%), y buena eficacia de las sesiones grupales educativas impartidas, objetivada con la mejora del porcentaje de acierto de las preguntas en el pos-test (92,5%), frente al realizado previamente a la sesión (78,2%).

El peor resultado obtenido, es el relativo al número de pacientes con hemoglobina glicosilada en los últimos seis meses. Sólo el 59% de los pacientes con glucómetro tienen realizado, según los datos del cuadro de mandos, una determinación de hemoglobina glicosilada en los últimos 6 meses.

Con respecto a este indicador, hay varios factores que pueden influir en su cumplimiento: el paciente ha podido realizarse la determinación, pero no ha habido una correcta cumplimentación de datos desde OMI; el paciente no quiere realizarse la determinación o no acude por la consulta; o en el momento de la realización de los indicadores, todavía no se habían realizado las determinaciones que correspondían a los 6 meses.

De cualquier modo, como medida para afrontar este problema, en diferentes reuniones de equipo, se comenta la necesidad de insistir en este indicador, y por parte de enfermería (que puede tener contacto más frecuente con estos pacientes), se derivará al médico a todo aquel paciente que se detecte que no tiene dicha determinación.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1215

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1215 ===== ***

Nº de registro: 1215

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO

Autores:
ESTEBAN PEREZ NURIA, MARCO CATALAN MARIA PILAR, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, HERRERO PEREZ ESMERALDA, SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La diabetes es una enfermedad de alta prevalencia. Sus características, diagnóstico, tratamiento y control, requieren en un alto porcentaje de los pacientes, un seguimiento permanente del nivel de glucosa en sangre. El auto-análisis está dirigido a mejorar el auto-control del paciente, con el objetivo de promover la responsabilidad y su autonomía en el cuidado de la enfermedad. La auto-medición de la glucemia capilar mediante el uso de tiras reactivas, es un instrumento esencial para verificar las variaciones de la glucemia. Es útil, tanto como instrumento para el ajuste del tratamiento inicial, como para el auto-control en aquellos pacientes con voluntad y capacidad para ello, pero siempre dentro de un programa de educación terapéutica específico y estructurado, y guiado y controlado desde el equipo de Atención Primaria. La recomendación se debe individualizar a cada paciente y el número de mediciones de los niveles de glucosa deberá adecuarse a cada persona en función de su edad, del tipo de diabetes, de su estilo de vida, tratamiento y metabolismo con el fin de alcanzar el objetivo de salud que se persigue. El problema reside, en aquellos pacientes, que pensando que pueden realizarse sus auto controles, no precisan del revisión por parte de los profesionales del equipo de Atención Primaria. Para ello, en este proyecto, nos basaremos en la Instrucción del 21 de Mayo de 2013, de la Dirección de Continuidad Asistencial del SALUD, por la que se regula la distribución, suministro y control del consumo de tiras reactivas para la medición de glucemia capilar en personas con diabetes, a los equipos de Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general del proyecto es optimizar el consumo de tiras reactivas para el control de glucemia en pacientes diabéticos con glucómetro. Como objetivos específicos pretendemos:
-Mejorar el control glucémico de nuestros pacientes
-Mejorar la adherencia de estos pacientes a la consulta de enfermería
-Mejorar la coordinación médico-enfermera
-Mejorar la educación diabetológica
-Individualizar el número de controles de glucemia que deben realizarse los pacientes, según sus características personales y siguiendo el protocolo propuesto por el SALUD.

MÉTODO

-Difundir el protocolo de diabetes entre los profesionales mediante una sesión clínica.
-Instaurar un programa informático para el control, por parte de los profesionales, de la dispensación de tiras.
-Sesión formativa para el uso del programa informático.
-Difundir entre los profesionales el protocolo del número controles y uso de tiras según las características del paciente.
-Sesiones de educación diabetológica a nuestros pacientes

INDICADORES

-Registro de las sesiones realizadas.
-Indicador de control glucémico:
pacientes diabéticos con glucómetro con hemoglobina glicosilada realizada en últimos 6 meses/

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1215

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO

- Indicador del buen seguimiento de enfermería
nº de pacientes diabéticos con glucómetro
pacientes diabéticos con glucómetro con plan de cuidados de enfermería del paciente diabético correctamente realizado/
- Indicador de captación
nº de pacientes diabéticos con glucómetro
pacientes diabéticos con glucómetro que asisten a la sesión grupal/
- Indicador de educación grupal (test de conocimientos previos y test al final del taller)
nº de pacientes diabéticos con glucómetro
número de preguntas acertadas pre-test
número de preguntas del test/
número de preguntas acertadas pos-test
número de preguntas del test

DURACIÓN

- Se iniciará con las sesiones clínicas para la formación de los profesionales, que deberán estar realizadas antes de Junio de 2017.
- Se elaborará el contenido de las sesiones grupales, así como los test de evaluación, y se realizarán las sesiones hasta finales de Septiembre de 2017.
- Desde Octubre, se realizarán los cálculos de los indicadores, para tener finalizado el proyecto a finales del año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0381

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MARCO CATALAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALFAMBRA
· Localidad ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABADIA BERNUES CARMELO
GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL
DIAZ BRULL FRANCISCO
REMIREZ MOLINA ANA MARIA
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS
ESTEBAN PEREZ NURIA
VICENTE PEREZ MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 12 de abril de 2018 se realizó la Sesión Teórica sobre RCP básica y avanzada (SC-5 12042018) dirigida a todos los profesionales del equipo. En ella se explicaron los conceptos de parada cardiorespiratoria (PCR) y reanimación cardiopulmonar (RCP), de apoyo vital básico y de Cadena de supervivencia.

Posteriormente se desarrolló el Soporte vital básico: algoritmo básico, secuencia ABCD, conclusiones, nuevas recomendaciones en SVB.

En cuando al DESA: descripción, uso y nuevas recomendaciones.

En lo que respecta al Soporte vital Avanzado, se repasó el contenido del carro de reanimación, algoritmo universal de SVA (ritmos desfibrilables y no desfibrilables) y nuevas recomendaciones en SVA.

Se explicó la RCP básica pediátrica y se finalizó la sesión con la atención a la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE).

Todas las recomendaciones anteriores están basadas en las últimas actualizaciones del Consejo Europeo de Reanimación Cardiopulmonar-CERCPC 2015 y de la Asociación Americana del Corazón-AHA 2017.

El 19 de abril de 2018 se realizó la Sesión Práctica sobre RCP básica (SC-6 19042018), en la cual se expuso un video de 16 minutos de duración con diferentes casos clínicos de RCP básica en adultos y niños. A continuación, sobre los maniquíes, se recordaron las maniobras de RCP básicas y uso de desfibrilador semiautomático y, finalmente, cada miembro del equipo realizó prácticas sobre casos clínicos supuestos.

Durante los meses de mayo y junio se realizaron 5 talleres dirigidos a la población en los 5 municipios de cabecera de la Zona de Salud de Alfambra.

La difusión de los mismos se llevó a cabo de forma verbal y mediante cartelería en los lugares públicos más concurridos.

Cada uno de los talleres fue impartido por el facultativo y la enfermera del cupo correspondiente y se utilizaron medios audiovisuales para la parte teórica (presentación power point y vídeos) y torsos de reanimación de adultos y niños y un DESA (facilitados por la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Teruel).

Se informó al Consejo de Salud de la Zona la intención de realizar los talleres, siendo acogida de forma muy favorable.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores utilizados para la evaluación del proyecto fueron los siguientes:

1.- nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.

Se realizaron un total de 5 talleres (uno en cada una de las localidades de cabecera), aunque se realizó difusión en todas las localidades de cada cupo médico.

2.- nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona

Han participado un total de 77 pacientes (de un total de 1672), de ellos, 6 han sido menores de 18 años. Ello supone un 4.6% del total de pacientes.

Del total de participantes, 56 han sido mujeres y 21 hombres.

La edad media de los participantes ha sido:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0381

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

- 53,5% para los varones (en un rango de edad que va desde los 22 a los 60 años)
- 59,4% para las mujeres (en un rango de edad que va desde los 18 a los 80 años)

La participación según cupos médicos fue la siguiente:

- En el cupo de Alfambra participaron 16 personas de un total de 480
- En el cupo de Argente participaron 19 personas de 382
- En el cupo de Escorihuela participaron 28 personas (9 de ellos fueron solo observadores por edad avanzada y no participaron en la parte práctica ni en la realización del cuestionario) de 216
- En el cupo de Pancrudo participaron 7 personas de 119
- En el cupo de Perales participaron 7 personas de 384

3.- Nº de aprobados en el test/nº test realizados

Se realizaron 56 test, de los cuales 42 estaban aprobados, lo que supone un 75% de aprobados.

4.- Encuesta de satisfacción de docentes

De los 77 participantes se realizaron 65 encuestas.

Prácticamente todos los participantes mostraron una satisfacción alta-muy alta en cuanto a la realización del taller, lo consideraron muy útil y valoraron muy satisfactoriamente a los docentes así como al material, contenido y exposición.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En lo que se refiere al tema y al contenido del proyecto, nos hemos dado cuenta del desconocimiento existente por parte de la población, tanto en la forma de reconocimiento de la PCR como de las maniobras de reanimación, así como en el modo de activación de los sistemas de emergencias. Por un lado, a pesar de la mejora en la cobertura móvil de la zona, muchas personas todavía siguen llamando en primer lugar al 112 ante una emergencia médica, lo que puede suponer en algunos casos, un retraso hasta de 15 minutos mientras se activa el 061 y éste, a su vez, activa al equipo de guardia del Centro de Salud. Además, a pesar de que conocen perfectamente la existencia y el teléfono de urgencias del Centro de Salud, en estos casos no suelen llamar a éste en primer lugar. Todo ello puede suponer una demora importante en la asistencia a este tipo de patología que fue ser fatal en cuanto al pronóstico del paciente. Es por ello que hemos insistido especialmente en esta cuestión de la activación del sistema de emergencias.

En cuanto a la ejecución del proyecto, hemos podido disponer de medios humanos y materiales adecuados y ha habido un alto interés de participación por parte de los usuarios, aunque el hecho de realizar los talleres en horario de mañana ha limitado la asistencia de los usuarios de edad media y los más jóvenes, que precisamente son los más receptivos. A ello se une el hecho de que en diciembre de 2018 la Comarca de Teruel impartió un curso dirigido a población general sobre RCP y uso de desfibrilador con el objetivo de formar a la población en este tema dado la próxima provisión de desfibriladores en varias localidades de dicha comarca. Varios pacientes hicieron ya este curso entonces, por lo que, tras consultar con el personal sanitario docente, decidieron no participar ya que los contenidos eran muy semejantes. Ello ha repercutido especialmente en los usuarios de algunas localidades especialmente participativas en otras ocasiones, como Perales del Alfambra, en la que llama la atención la baja participación.

Los resultados de las pruebas de evaluación (un 75% de aprobados), dada la media de edad (59,4% años mujeres y 53,5% años varones), muestran que los pacientes han mostrado interés y que han sido receptivos.

En cuanto a la edad de los participantes, va en un rango de los 22 a los 60 años en varones y de los 18 a los 80 en mujeres, sin embargo, cabe destacar la participación de 6 menores de 18 años (entre 10 y 15 años), todos ellos en la localidad de Camañas. No podemos explicar el porqué de este interés, no obstante se trata de una localidad con un elevado número de escolares respecto al resto de las poblaciones de nuestra zona de salud.

Las encuestas de satisfacción demuestran que los usuarios están muy motivados por la realización de este tipo de actividades, que reconocen como muy necesarias en una zona donde la dispersión geográfica es importante y los recursos sanitarios tienen un tiempo de demora en acudir. Además este tipo de actividades promueven la participación comunitaria y el autocuidado, así como la relación entre sanitarios y pacientes.

Como punto débil, ha quedado pendiente la elaboración de carteles informativos con la cadena de supervivencia para colocar en lugares accesibles, motivado fundamentalmente por el traslado de puesto de trabajo de varios de los participantes en el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0381

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

*** ===== Resumen del proyecto 2018/381 ===== ***

Nº de registro: 0381

Título
CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

Autores:
MARCO CATALAN MARIA PILAR, ABADIA BERNUES CARMELO, GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL, DIAZ BRULL FRANCISCO, REMIREZ MOLINA ANA MARIA, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, ESTEBAN PEREZ NURIA, VICENTE PEREZ MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cada año en España se producen más de 25.000 paradas cardiorespiratorias. El funcionamiento de la "cadena de supervivencia" es fundamental para lograr mejorar las tasas de supervivencia tras un evento dramático como es la parada cardiorespiratoria (PCR).

Ante una situación de PCR, la realización precoz de reanimación cardiopulmonar (RCP) /desfibrilación (cuando esté indicada) constituye el principal factor que determinará la supervivencia.
En una parada cardíaca presenciada, los equipos de emergencias sanitarias suelen acudir en una media de 8 minutos, según la comunidad autónoma estudiada. La aplicación de RCP /desfibrilación en los primeros 3-5 minutos tras la parada puede llegar a producir tasas de supervivencia muy altas (49-75%). Según distintos estudios, por cada minuto que pasa sin tratamiento específico (RCP básica/desfibrilación), disminuye la posibilidad de sobrevivir entre un 7 y un 10%.

La cadena se activa cuando alguien reconoce la situación de PCR. Para ello es esencial la educación del ciudadano para que pueda ser el primer eslabón de la "cadena de supervivencia", conociendo tanto los síntomas y signos de la PCR, como la mecánica para activar inmediatamente al SIE (Sistema Integral de Emergencias). La RCP básica precoz debe comenzarse lo antes posible tras la parada cardíaca, mientras se consigue acceder a la desfibrilación y al soporte vital avanzado. Todos estos elementos hacen que en un medio donde hay dispersión geográfica, como es el ámbito rural donde trabajamos, sea especialmente interesante contar con "colaboradores" que actúen en un primer momento, cuando el factor tiempo es fundamental. En nuestro medio no existe un conocimiento amplio de estas maniobras por parte de la población. Ello, junto al hecho de que en la actualidad se va a proveer de DESA en diferentes municipios de nuestra Zona Básica de Salud, plantea la necesidad de realizar una formación en RCP básica y en uso de DESA en la población general.

RESULTADOS ESPERADOS
-Iniciar un proceso de concienciación, formación y participación de la población general sobre la importancia de la correcta detección de la PCR y realización de la RCP Y DESFIBRILACION precoz.

-Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del EAP de Alfambra y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR.

-Motivación de los profesionales participantes en la tarea de formar y formarse en esta materia.

MÉTODO
Como primera actividad se realizará una sesión clínica teórica y otra práctica sobre RCP básica y avanzada, así como uso de DESA dirigida a los miembros del EAP de Alfambra.

Posteriormente se impartirán varios talleres dirigidos a grupos de entre 8-10 participantes distribuidos por municipios e impartidos cada uno de ellos por 2 miembros del equipo de mejora. Los grupos estarán preferiblemente formados por participantes con edades comprendidas entre 18 y 65 años.

Se llevará a cabo la difusión de los talleres en cada uno de los municipios de forma verbal y mediante cartelería.

En los talleres se utilizarán medios audiovisuales y posteriormente práctica con torsos de reanimación de adultos y niños. Así mismo se dispondrá de un DESA.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0381

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

Se elaborarán carteles informativos con la cadena de supervivencia para colocar en sitios sensibles: ayuntamiento, piscinas, centros deportivos, escuela, y a los participantes se les entregará tríptico con la información.

Finalmente, se realizará un test de evaluación de conocimientos, así como encuesta de satisfacción a los docentes.

INDICADORES

- 1.- nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.
- 2.- nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.
- 3.- Nº de aprobados en el test/nº test realizados.
- 4.- Encuesta de satisfacción de docentes

DURACIÓN

Durante el mes de abril de 2018 se han planificado las dos sesiones dirigidas a los profesionales del EAP de Alfambra. Al mismo tiempo se iniciará la difusión de la actividad y la organización de los talleres, que se planificarán para los meses de mayo y junio de 2018. Según el interés suscitado se podrían prolongar para septiembre y octubre de 2018.

En noviembre se realizaría la evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0389

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE NURIA ESTEBAN PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALFAMBRA
· Localidad ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS
VICENTE PEREZ MANUEL
MARTIN MUÑOZ GLORIA
PEREZ VILLARROYA FRANCISCA
REMIREZ MOLINA ANA MARIA
GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El día 20 de Julio se realizó la sesión clínica formativa para la actualización de conocimientos para los profesionales mediante una presentación a través de diapositivas; así como un algoritmo que sirve de guía rápida para el registro del INR en OMI-AP. Posteriormente toda esta información se reenvió por correo electrónico a todos los profesionales del centro.
Se presenta el díptico para la realización de la educación sanitaria individual a los pacientes, y el cuestionario de evaluación que se pasará tras la educación sanitaria.
Ya que los meses de Julio y Agosto, son más complicados para sacar tiempo, se decide posponer la educación sanitaria individual y el test de evaluación. Finalmente, estos se realizaron durante los meses de Septiembre y Octubre.
El análisis de los datos se ha realizado durante la primera quincena de Noviembre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para el análisis de los indicadores, se tuvo en cuenta, cada uno de los cupos de enfermería, sacando los listados en OMI de los pacientes medidos en el programa de Atención al paciente con anticoagulación oral, y revisando las historias clínicas.
-Registro de las sesiones realizadas y asistentes:
Finalmente, por cuestiones organizativas, dada la dispersión de los pacientes del Centro de Salud de Alfambra, se decidió hacer la educación sanitaria individual, en vez de grupal.
De modo que para el control del número de pacientes que recibieron la educación individual, se revisó en las historias clínicas, que existiese por parte de cada profesional, el registro de la actividad "EPS individual" paciente con ACO y que coincidiese con la fecha registrada en la hoja del test de evaluación
-Indicador del buen control de INR: pacientes anticoagulados en rango los últimos tres controles / nº de pacientes anticoagulados en control por primaria
Solo el 27% de los pacientes tiene un buen control según el indicador (solo aquellos pacientes con 3 controles consecutivos en rango se considerarán bien controlados).
-Indicador del buen seguimiento de enfermería: pacientes anticoagulados con plan de cuidados de enfermería "riesgo de sangrado" correctamente realizado / nº de pacientes anticoagulados en control por primaria
El 80% de los pacientes tienen un buen seguimiento de enfermería calculado por la correcta cumplimentación en el plan de cuidados de "Riesgo de sangrado".
-Indicador de captación: pacientes anticoagulados que asisten a la sesión individual o reciben folleto / nº de pacientes anticoagulados en control por primaria
El 100 % de los pacientes en seguimiento por primaria, ha recibido el díptico y la educación sanitaria individual, y tiene registrado en OMI la actividad EPS individual
-Indicador de educación individual: número de preguntas acertadas test /número de preguntas del test
Finalmente, solo se realizó un test final, que se repasó tras la entrega, para reforzar los aciertos, y aclarar los fallos cometidos, dando un feedback para completar el proceso de educación sanitaria. Los pacientes muestran un 93% de acierto en el test pasado tras la formación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con respecto a la captación de pacientes para la realización de la educación sanitaria y el pase del test, los resultados son excelentes, con una captación del 100%, y una tasa de acierto en el test del 93%.
Los resultados del seguimiento del plan de cuidados de cuidados "Riesgo de sangrado", rondan el 80 % del cumplimiento. Como medida para implementar este indicador, se comenta con el profesional que tiene los datos más bajos, para ver dónde está el problema, y se llega a la conclusión, que es una falta en el registro, ya que la mayoría de pacientes que les falta, son los residentes de una institución de la tercera edad.
Es muy llamativo, el resultado del indicador del control de cifras de INR, sólo un 27% de los pacientes, cumplen con las tres últimas cifras de INR dentro de rango. Dado los resultados del test de evaluación, a pesar de que los pacientes muestran tener suficientes conocimientos sobre qué es el sintrom y los factores que influyen en él, el control de las cifras de INR es mejorable. Para implementar este indicador, se propondrá una reunión con los profesionales de enfermería, para valorar todas las posibles causas y proponer medidas de acción.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0389

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP

7. OBSERVACIONES.

Con respecto a los listados que aparecen en OMI, hay una ligera discrepancia con el número de pacientes incluidos, y los pacientes reales que están en programa. Como solución, se habló con CAU (servicios informáticos) para solucionar esta discrepancia.

Con respecto al tipo de educación sanitaria, aunque inicialmente se planteó grupal, por cuestiones organizativas, se pensó que dada la dispersión entre los diferentes consultorios y la elevada edad de nuestros pacientes, resultaría complicado unir a todos los pacientes en el consultorio de cabecera.

Para la realización del test de evaluación, también se pensó que hacer solo uno tras la explicación, podría servir para utilizar el tiempo que se utilizaría en el test previo, en hacer un feedback con el paciente sobre las dudas que le hubiesen podido surgir con la realización del mismo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/389 ===== ***

Nº de registro: 0389

Título
OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP

Autores:
ESTEBAN PEREZ NURIA, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, VICENTE PEREZ MANUEL, MARTIN MUÑOZ GLORIA, PEREZ VILLARROYA FRANCISCA, REMIREZ MOLINA ANA MARIA, GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Clásicamente el control del tratamiento anticoagulante oral (TAO) ha sido una tarea del médico especialista en Hematología y Hemoterapia. En los últimos años y debido al incremento experimentado en el número de pacientes, se han buscado alternativas que permitan el control del TAO sin perder calidad clínica ni analítica. La experiencia en el trato con el paciente y el conocimiento del resto de sus patologías y medicación concomitante, hace que la colaboración con Atención Primaria en este tipo de asistencia sea oportuna y conveniente.

La formación de los profesionales de primaria en todos los aspectos relacionados con el TAO es importante para garantizar la correcta atención al paciente y la eficacia del tratamiento. Partiendo de una buena formación y con la progresiva experiencia se obtienen los mejores resultados de calidad clínica.

La calidad clínica en el control del TAO depende del porcentaje de INR y número de pacientes que se hallan en rango pero también y sobre todo del número de complicaciones asociadas al TAO, tanto tromboembólicas como hemorrágicas. Para conseguir una reducción de complicaciones y la permanencia del paciente en rango, también es crucial una adecuada educación del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general del proyecto es optimizar el control, la dosificación y el registro del INR en OMI-AP, así como la información que los pacientes tienen sobre su tratamiento.

Como objetivos específicos pretendemos:

- Mejorar el control INR de nuestros pacientes
- Mejorar la correcta adherencia de estos pacientes al tratamiento
- Mejorar la coordinación médico-enfermera
- Mejorar los conocimientos de la población sobre su tratamiento
- Disminuir el número de complicaciones relacionadas con el tratamiento
- Aumentar la seguridad del paciente
- Mejora en el registro de datos en OMI-AP

MÉTODO

- Sesión formativa para la actualización de conocimientos para los profesionales
- Elaborar un algoritmo para el registro de INR en OMI-AP
- Sesiones de educación a nuestros pacientes, bien grupales o de forma individual, elaborando un folleto con las dudas más frecuentes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0389

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP

INDICADORES

-Registro de las sesiones realizadas y asistentes

-Indicador del buen control de INR:
pacientes anticoagulados en rango los últimos tres controles / n° de pacientes anticoagulados en control por primaria

-Indicador del buen seguimiento de enfermería:
pacientes anticoagulados con plan de cuidados de enfermería "riesgo de sangrado" correctamente realizado / n° de pacientes anticoagulados en control por primaria

-Indicador de captación:
pacientes anticoagulados que asisten a la sesión grupal o reciben folleto / n° de pacientes anticoagulados en control por primaria

-Indicador de educación grupal/individual (test de conocimientos previos y test al final de la formación):
número de preguntas acertadas pre-test / número de preguntas del test
número de preguntas acertadas pos-test / número de preguntas del test

DURACIÓN

-Se iniciará con las sesiones clínicas para la formación de los profesionales, que deberán estar realizadas antes de Junio de 2018.

-Se elaborará el contenido del logaritmo de registro antes de Junio de 2018

-Se elaborará el contenido para las sesiones grupales o folletos para los pacientes, antes de Junio de 2018, y el los test de evaluación, que se impartirán hasta Octubre de 2018.

-Desde Octubre, se realizarán los cálculos de los indicadores, para tener finalizado el proyecto a finales del año 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 - 2019/0211

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE JESUS PALACIOS MEDRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALFAMBRA
· Localidad ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DIAZ BRULL FRANCISCO
GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL
CASTRO LOPEZ CARLOS
SOFFIANTINI CAMPOAMOR DOLORES
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS
VICENTE PEREZ MANUEL
ESTEBAN PEREZ NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el mes de Abril del 2019, los médicos de los cupos de Alfambra, Escorihuela, Perales y Pancrudo, recogieron los datos necesarios en las fichas de campos creadas para ello, a fin de calcular los indicadores. Los datos obtenidos al inicio del proyecto, son:

Escorihuela:

-Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria ? 3/25
-Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiente en prevención secundaria PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria ? 0/6
-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria. ? 0/6

Alfambra:

-Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria ? 12/107
-Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiente en prevención secundaria PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria ? 0/20
-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria. ?4/20

Pancrudo:

-Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria ? 0/14
-Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiente en prevención secundaria PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria ? 0/9
-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria. ? 1/9

Perales:

-Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria ? 14/93
-Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiente en prevención secundaria PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria ? 2/24
-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria. ?12/24

El día 23 de Mayo de 2019, Lola Soffiantini impartió la sesión clínica en la que se recordaban los objetivos clínicos y los criterios de tratamiento. Se acordó, establecer la cifra de LDL colesterol < a 70, para un control óptimo en prevención secundaria.

Se remitió a todos los compañeros un tríptico sobre medidas higiénico dietéticas para los pacientes, que elaboró Nuria Esteban.

Cada profesional, realizó los ajustes de tratamiento necesarios, para cumplir con los criterios establecidos en el proyecto, durante los meses de Mayo a Octubre.

En Diciembre, cada profesional realiza la segunda recogida de datos, y se realiza el análisis por parte de Jesús Palacios y Nuria Esteban.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados obtenidos en la evaluación post-tratamiento, son los siguientes:

Escorihuela:

-Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria ? 2/25
-Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiente en prevención secundaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria ? 0/6
-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria. ? 2/6

En conclusión:

De los pacientes con tratamiento hipolipemiente en prevención primaria, ha disminuido del 12 al 8% los pacientes tratados con hipolipemiantes combinados. Ese 8% pertenece a tratamientos indicados en especializada, que se mantienen en cifras, y por tanto, se decidió no cambiar ese tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0211

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE EN ATENCION PRIMARIA

Con respecto a los pacientes que deberían estar en tratamiento hipolipemiante, por prevención secundaria, no hay pacientes, ni al inicio, ni al final del proyecto, que no reciban tratamiento. En relación, al ajuste de cifras, al inicio del proyecto, no había pacientes que cumplieran con las cifras óptimas establecidas, y al finalizarlo, se obtiene una mejora del 33%.

Alfambra:

-Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria ? 11/113
-Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiante en prevención secundaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria ? 0/23
-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria. ?4/23

En conclusión:

De los pacientes con tratamiento hipolipemiante en prevención primaria, ha disminuido del 11 al 9% los pacientes tratados con hipolipemiantes combinados. Ese 9% pertenece a tratamientos indicados en especializada, que se mantienen en cifras y se decidió no cambiar esos tratamientos. Con respecto a los pacientes que deberían estar en tratamiento hipolipemiante, por prevención secundaria, no hay pacientes, ni al inicio, ni al final del proyecto, que no reciban tratamiento. En relación, al ajuste de cifras, al inicio del proyecto, no había pacientes que cumplieran con las cifras óptimas establecidas, y al finalizarlo, se mantienen datos similares.

Pancrudo:

-Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria ? 0/14
-Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiante en prevención secundaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria ? 0/7
-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria. ?2/7

Conclusión:

De los pacientes con tratamiento hipolipemiante en prevención primaria, ya desde el inicio del proyecto, no tenía pacientes tratados con hipolipemiantes combinados. Así se ha mantenido hasta el final del proyecto. Con respecto a los pacientes que deberían estar en tratamiento hipolipemiante, por prevención secundaria, no hay pacientes, ni al inicio, ni al final del proyecto, que no reciban tratamiento. En relación, al ajuste de cifras, con respecto al inicio del proyecto, se obtiene una mejora del 11 al 28%.

-Perales:

-Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria ? 10/93
-Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiante en prevención secundaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria ? 0/24
-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria. ?7/24

Conclusión:

De los pacientes con tratamiento hipolipemiante en prevención primaria, ha disminuido del 15% al 10% los pacientes tratados con hipolipemiantes combinados. Ese 10% pertenece a tratamientos indicados en especializada, que se mantienen en cifras. Con respecto a los pacientes que deberían estar en tratamiento hipolipemiante, por prevención secundaria, al inicio del proyecto había un 0,8% de pacientes sin tratamiento. Al final del proyecto, no hay pacientes que no reciban tratamiento. En relación, al ajuste de cifras, al inicio del proyecto, el 50% de los pacientes cumplían con las cifras óptimas establecidas, y al finalizarlo, sólo un 30%.

Al finalizar el proyecto, y analizar los datos, se pasa la encuesta de satisfacción a los compañeros que han participado en él. Los resultados son los siguientes:

-Grado de satisfacción con respecto a la utilidad del proyecto (1 - 10): 58/7= 8,28
-Grado de satisfacción con respecto a facilidad de realización del proyecto (1-10): 61/7=8,71
-Grado de consecución de buen ajuste del tratamiento al paciente (1-10): 60/7= 8,57
-Grado de satisfacción con las conclusiones obtenidas (1-10): 64/7=9,14

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que ha sido en menor grado del que esperábamos, (ya que no hemos llegado a los estándares que nos planteamos), en casi todos los indicadores se ha producido el resultado de mejora que pretendíamos. Aunque el tiempo parezca dilatado, entendemos que el duración del proyecto que planteamos, es insuficiente. Primero, porque los controles analíticos son anuales, con lo que si reducimos el tiempo, aumentamos el gasto considerablemente. Segundo, porque el margen de mejora, sería mayor, si aumentásemos el tiempo (por ejemplo, bianual).

La fiabilidad de los resultados, depende de la recogida de datos, que se ve entorpecida por la pérdida de pacientes (desplazados de otras comunidades que en la segunda evaluación, ya no están; y nuevos pacientes que se incorporan), y la dificultad que hemos tenido a la hora de poder extraer datos como los pacientes en prevención secundaria (ya que dependemos de que las historias clínicas estén bien implementadas en OMI)...

Durante la realización del proyecto, se han realizado bajas y nuevas incorporaciones de los distintos profesionales médicos. Los miembros del equipo, a fin del proyecto, que han realizado la evaluación post-INTERVENCIÓN son:

Jesús Palacios Medrano

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0211

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE EN ATENCION PRIMARIA

Jose Antonio Pupo Álvarez
Carlos Castro Lopez.
Jose María Villacampa Rivas
M^a Jesús Armengod Valero
Manuel Vicente Pérez
Nuria Esteban Pérez.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/211 ===== ***

Nº de registro: 0211

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
PALACIOS MEDRANO JESUS, DIAZ BRULL FRANCISCO, GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL, CASTRO LOPEZ CARLOS, SOFFIANTINI CAMPOAMOR DOLORES, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, VICENTE PEREZ MANUEL, ESTEBAN PEREZ NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte para el conjunto de la población española. La hipertensión arterial (HTA), la dislipemia y la diabetes son factores de riesgo mayores y causales de enfermedad cardiovascular y mortalidad vascular y total. La hipercolesterolemia, es el factor de riesgo más prevalente y afecta al 50% de la población adulta española. Sin embargo, es el menos conocido de los factores de riesgo (50%), el menos tratado (42%) y, aunque ha mejorado, el control sigue siendo moderado (< 50%). Basándonos en las Guías Europeas 2016 para el manejo de las dislipemias para prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV), las estatinas constituyen el tratamiento más eficaz y seguro para reducir el c-LDL y la ECV. El uso rutinario en prevención primaria de ezetimiba, fibratos o ácidos omega-3 asociados a estatinas no se recomienda al carecer de evidencia consistente de su efectividad en variables clínicas y de seguridad, por lo que su uso debería quedar limitado a pacientes de muy alto riesgo, que no toleren tratamiento con estatinas a las dosis recomendadas. Dada la relevancia que tiene un buen control de las dislipemias, y viendo que en nuestro centro, todavía se aprecia un porcentaje de pacientes que no tienen una adecuada prescripción y/o ajuste de valores óptimos tanto en prevención primaria, como en secundaria; creemos que es oportuno elaborar un proyecto de calidad que nos sirva para optimizar el uso de éstos, mejorando así la calidad de vida de nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana son los pacientes en tratamiento hipolipemiante pertenecientes a la zona básica de salud del CS Alfambra y PAC de Pancrudo. El objetivo principal, es adecuar el tratamiento y optimizar las cifras de control de nuestros pacientes. Los objetivos planteados son:
- Conocer el porcentaje de pacientes en prevención primaria y en tratamiento con combinación de fármacos hipolipemiantes, y revisar la indicación de las prescripciones en dichos pacientes
-Conocer el porcentaje de pacientes en prevención secundaria, para revisar y adecuar las prescripciones de estos pacientes.
-Mejorar las cifras de control en pacientes que están en prevención secundaria.

MÉTODO

-Recogida de datos del cuadro de mandos al inicio del estudio
-Sesión clínica para los miembros del equipo, para revisar los criterios de tratamiento y los objetivos de control en prevención primaria y secundaria.
-Elaboración de un díptico para los pacientes con hábitos higiénico-dietéticos para la dislipemia.
-Evaluación de los tratamientos pautados para los pacientes en prevención primaria, y ajuste de los mismos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0211

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE EN ATENCION PRIMARIA

según criterios terapéuticos.

- Evaluación de las cifras de los pacientes en prevención secundaria, y ajuste terapéutico si es necesario, para optimizar los valores.
- Reevaluación de los indicadores, para valorar la eficacia de la intervención.
- Encuesta de satisfacción para los profesionales.

INDICADORES

-Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria

-Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes en tratamiento en prevención primaria

Esperamos que este indicador disminuya notablemente, llegando a unas cifras óptimas del 5%

-Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiante en prevención secundaria PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria

-Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiante en prevención secundaria POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria

Esperamos que este indicador disminuya notablemente, llegando a unas cifras óptimas del 5%

-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango PRE-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria.

-Número de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes en prevención secundaria con valores dentro del rango POST-INTERVENCIÓN / N° de pacientes totales en prevención secundaria.

Esperamos que este indicador aumente, llegando a cifras óptimas del 90%

-Valoración de satisfacción de los profesionales.

DURACIÓN

Durante el mes de Abril se analizarán los datos del cuadro de mandos, y se realizará la sesión clínica.

Desde Mayo hasta Octubre se realizarán los ajustes de tratamiento necesarios.

Durante el mes de Noviembre, se analizarán los datos del cuadro de mandos

Durante el mes de Diciembre, se analizarán los resultados, y se comunicarán con el equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0212

1. TÍTULO

CUENTOS PARA SALVAR VIDAS: PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE NURIA ESTEBAN PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALFAMBRA
· Localidad ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN MUÑOZ GLORIA
PEREZ VILLARROYA FRANCISCA
GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL
VICARIA WITTIG GUSTAVO E
SOFFIANTINI CAMPOAMOR DOLORES
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS
VICENTE PEREZ MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el mes de Abril, se produjo el contacto inicial con los diferentes colegios, y la distribución de los alumnos fue la siguiente:
Alfambra (28 alumnos): 10 de Educación Infantil (3 - 5 años), 18 de Educación Primaria, 0 Educación Secundaria (1º y 2º).
Visiedo (6 alumnos): 3 de Educación Infantil, 2 de Educación Primaria, y 1 de Educación Secundaria.
Camañas (12 alumnos): 1 de Educación infantil, 8 de Educación Primaria, y 3 de Educación Secundaria.
Argente (8 alumnos): 2 de Educación infantil, 4 de Educación Primaria y 2 de Educación Secundaria.
Perales (8 alumnos): 1 de Educación infantil, 7 de Educación Primaria y 0 de Educación secundaria.
Pancrudo (11 alumnos): 2 de Educación infantil, 9 de Educación Primaria y 0 de Educación secundaria.
Para la realización de estos talleres para los escolares, y el posterior para adultos, se usaron dos presentaciones diferentes, elaboradas por Paqui y Nuria, adaptadas a las diferencias de edad. Cada alumno trajo su muñeco, y se llevaron, cedidos por docencia, torsos para la práctica más real de los más mayores.
La estructura del taller consta de una parte teórica, en la que en forma de cuento, y apoyado en diapositivas, se expone la forma de actuar ante una urgencia y como realizar una RCP básica y maniobra de Heimlich. Una parte práctica, en la que por medio de la canción y con sus propios muñecos, realizan la RCP y maniobras de Heimlich, y al final, a modo de juego se les invita a que intenten realizar la maniobra en el torso, por parejas, para que sea más similar a la realidad. Tras el taller, se pasa un "examen", (test de evaluación), para valorar la adquisición de conocimientos.
Con respecto a las sesiones, el cronograma fue el siguiente:
Los talleres de Pancrudo, se realizaron el 12 de Junio de 2019, con Gloria, Miguel Ángel y M^a Jesús, con una duración aproximada de 1 hora, incluyendo la práctica con los muñecos, apoyándose en la presentación que se realizó para los más pequeños, ya que se juntaron a los 11 niños.
Los talleres en Perales se realizaron el 19 de Junio de 2019, con Lola, Gloria y M^a Jesús, de duración aproximada 1 hora, incluyendo las prácticas con los muñecos. Se realizó en una sola sesión con los 8 niños, usando la presentación para los más pequeños.
Los talleres de Camañas, Visiedo y Argente, se realizaron el 27 de Junio de 2019, por parte de Nuria. La fecha se ajustó a la petición de algunos padres, para que se impartiesen al finalizar el curso escolar y antes de que comenzaran las "colonias", de modo que si alguno de los hermanos mayores que están estudiando fuera, quería asistir, pudiese hacerlo. El taller en cada pueblo, tuvo una duración de unos 50 minutos, se hizo una sesión única en cada pueblo, usando la presentación para los más pequeños.
Los talleres en Alfambra, por motivos de organización con el colegio, se realizaron el 20 de Septiembre de 2019, por parte de Manolo y Paqui. Se separaron en dos grupos, según la edad; el taller para los alumnos de infantil, tuvo una duración de 50 minutos, se usó la presentación para los más pequeños. El de los alumnos de primaria, duró 50 minutos, se usó la presentación de los más mayores.
Con respecto a los talleres para los adultos:
En Argente, se había programado con una empresa, como actividad para la semana cultural, durante el fin de semana, un taller de Primeros auxilios, que incluía uso de DEA. Por lo que la sesión preparada, se mantiene pendiente para principios de 2020, como actividad incluida ya, en la agenda comunitaria.
En Alfambra, Perales y Pancrudo, no se realizó la actividad por aforo insuficiente. Como se comentará en las conclusiones, tenemos una población muy envejecida, que si suele acudir a los talleres, pero que no podría hacerse cargo de unas maniobras de RCP, y la gente más joven, tiene horarios de trabajo que se solapan con nuestra jornada laboral.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal, es que los niños adquieran los conocimientos y habilidades necesarias para actuar ante una situación de emergencia, de forma didáctica, sencilla y divertida. Para poder ver el grado de cumplimiento, se plantearon dos indicadores:

-Número de niños que participan en el taller/ Número total de niños escolarizados

(Este indicador debería alcanzar al menos el 90%)

Alfambra: 28/28 ? 100%

Visiedo: 6/6 ? 100%

Camañas: 10/12 ? 83%

Argente: 7/8 ? 87%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0212

1. TÍTULO

CUENTOS PARA SALVAR VIDAS: PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA EN LA ESCUELA

Perales: 8/8 ? 100%

Pancrudo: 11/11 ? 100%

Número de niños que participan en el taller/Número total de niños escolarizados: 70/73 --> 96 % de la población escolar

Tal y como se planteó en los objetivos, los talleres se han impartido a más del 90% de la población escolarizada en los pueblos pertenecientes a nuestra ZBS.

-Número de aciertos del test / Total de preguntas planteadas

(Este indicador debería ser superior al 80%)

Alfambra: 128/140= 0,91

Visiedo: 28/30= 0,93

Camañas: 47/50= 0,94

Argente: 35/35= 1

Perales: 39/40 = 0,97

Pancrudo: 50/55 = 0,91

Número de aciertos del test/ Total de preguntas planteadas: 327/350 --> 93%

Tal y como habíamos planteado para cumplir nuestro objetivo, el número de aciertos de los alumnos debía ser superior al 80%. En nuestro caso hemos conseguido un 93% de aciertos del test de evaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de estos talleres fue satisfactoria por varios motivos, descubrimos unos jóvenes motivados e implicados, y obtuvimos buenos resultados tanto en la participación, como en el test de conocimientos.

Por otra parte, no era novedoso para ellos, ya que desde la comarca ya habían realizado un taller similar. Nos planteamos desde el equipo, la falta de comunicación, con respecto a las intervenciones de ámbito sanitario que realiza la Comarca.

Por parte de los tutores y asociaciones de los pueblos, nos proponen continuar con la formación, y no solo incluir RCP, sino tratar temas como la alimentación, salud mental, salud sexual.... Desde el equipo nos planteamos mantener estos contactos dentro de la agenda comunitaria. De igual modo, nos plantean repetir los talleres para adultos con cierta periodicidad, a la vez, que se revisa que el desfibrilador, está en condiciones para su uso (aunque este mantenimiento debería estar proporcionado por la comarca, ya que son sus desfibriladores). El Centro de salud de Alfambra, constituyó la agenda comunitaria en Septiembre de 2019, y recoge las actividades que se realizan en su ZBS. El equipo de trabajo, se plantea la continuidad de este proyecto, como una actividad más de su agenda comunitaria.

Con respecto a la formación de los adultos, encontramos un problema con los horarios. Los horarios en los que los miembros del equipo pueden realizar la formación, suele coincidir con el horario laboral de la gente, por lo que disminuye la proporción de personas adultas que pueden asistir a los talleres. Nos solicitan que los cursos se impartan por las tardes o en fin de semana... El equipo se plantea cómo salvar este inconveniente, teniendo en cuenta, también, la dispersión geográfica de nuestra ZBS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/212 ===== ***

Nº de registro: 0212

Título

CUENTOS PARA SALVAR VIDAS: PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA EN LA ESCUELA

Autores:

ESTEBAN PEREZ NURIA, MARTIN MUÑOZ GLORIA, PEREZ VILLARROYA FRANCISCA, GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL, VICARIA WITTIG GUSTAVO E, SOFFIANTINI CAMPOAMOR DOLORES, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, VICENTE PEREZ MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Niños

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: URGENCIAS Y PARADA CARDIORESPIRATORIA

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos: CAPACITACIÓN DE LA POBLACIÓN

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La muerte súbita extrahospitalaria es un problema de salud pública de gran magnitud: en España se calcula que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0212

1. TÍTULO

CUENTOS PARA SALVAR VIDAS: PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA EN LA ESCUELA

el 12% de las defunciones que se producen de forma natural son súbitas y, de éstas, el 88% son de origen cardíaco. Según el Consejo Español de Reanimación Cardiopulmonar (CERCP), se estima que en España 70.000 personas sufren cada año un infarto de miocardio y alrededor de 30.000 mueren por Parada Cardiorespiratoria (PCR) antes de llegar al hospital.

La supervivencia de los pacientes que sufren una PCR se ve favorecida por la realización de las acciones secuenciadas que conforman la cadena de supervivencia. En esta cadena, formada por cuatro eslabones, los dos primeros (reconocimiento precoz de la situación de PCR, activación del servicio de emergencias médicas a través del teléfono 112 e inicio inmediato de las maniobras de RCP básica), pueden ser realizados por testigos entrenados. Testigos, que según muestran los estudios, están presentes en aproximadamente el 80% de los casos, pero que sólo actúan en uno de cada cinco. Lo que quizá esos testigos que actúan no saben, es que haciéndolo triplican las posibilidades de supervivencia de la víctima.

En países donde la tasa de realización de RCP por testigos es alta, el porcentaje de supervivencia puede llegar al menos al 50%; en nuestro país donde en el 80% de las muertes súbitas presenciadas los testigos no realizan ninguna maniobra, no superamos el 10% de paradas cardíacas extra hospitalarias recuperadas.

Dado que el conocimiento en técnicas básicas de primeros auxilios forma parte del currículum escolar de Educación Primaria (R.D. 126/2014 de 28/02/2014) y que dentro de las competencias de práctica avanzada de la enfermera familiar y comunitaria está la de "Planificar desarrollar y evaluar programas de educación para la salud en la comunidad", creemos que la puesta en marcha de talleres dirigidos a los más pequeños en la escuela, pueden ser clave para conseguir generalizar la formación en primeros auxilios, comenzando desde los más pequeños.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana son los niños y adolescentes que estudian en los diferentes colegios pertenecientes a la zona básica de salud del CS Alfambra y PAC de Pancrudo.

El objetivo principal, es que los niños adquieran los conocimientos y habilidades necesarias para actuar ante una situación de emergencia, de forma didáctica, sencilla y divertida.

Los objetivos planteados son:

- Que los niños sean capaces de reconocer una situación de emergencia-parada cardiaca
- Que los niños conozcan el teléfono de emergencias y cómo usarlo
- Que los niños conozcan la cadena de supervivencia y sepan cómo ponerla en práctica
- Que los niños sean capaces de realizar maniobras de RCP
- Que los niños sepan cómo actuar ante atragantamientos
- Que los niños conozcan la actuación básica ante las emergencias más comunes.

MÉTODO

Entre todos los miembros del equipo se contactará con los colegios que hay en nuestra zona básica de salud (Camañas, Visiedo, Argente, Alfambra, Perales y Pancrudo) para determinar la cantidad de alumnos y las edades de los niños de los diferentes colegios, para poder adaptar mejor los talleres.

Se preparará un taller de 45 minutos para cada colegio, adaptado a las características de cada uno de ellos; en el que se abarcará de forma didáctica y divertida (mediante cuentos y canciones), las actuaciones básicas ante las emergencias más frecuentes y ante una parada cardiorespiratoria. Para el taller se utilizará una presentación multimedia con diapositivas, vídeos, y prácticas con peluches.

Para los docentes y aquellos adultos que quieran asistir, aprovechando que acaban de llegar DEAS a alguno de los pueblos, se preparará una sesión de unos 15 minutos para recordar el funcionamiento de éstos y un breve recordatorio de las maniobras de RCP (ya que el año pasado en esta zona de salud se realizó un taller intensivo de Capacitación de la población rural para la realización de maniobras de RCP).

Se realizarán los diferentes talleres en los colegios, y tras la realización se pasará un test a los alumnos para valorar la efectividad de la intervención.

INDICADORES

- Número de niños que participan en el taller/ Número total de niños escolarizados (Este indicador debería alcanzar al menos el 90%)
- Número de aciertos del test / Total de preguntas planteadas (Este indicador debería ser superior al 80%)

DURACIÓN

El contacto con los colegios y la preparación de los talleres se irán preparando a lo largo de los meses de Marzo y Abril.

Durante los meses de Mayo y Junio, y según la disposición de los profesores, los diferentes miembros del equipo del proyecto, realizarán los talleres en los diferentes colegios.

El mes de Septiembre, estará terminado el proyecto, con los resultados de los indicadores, que se habrán analizado durante el verano.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0212

1. TÍTULO

CUENTOS PARA SALVAR VIDAS: PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA EN LA ESCUELA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1162

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y MANEJO DESA

Fecha de entrada: 08/01/2018

2. RESPONSABLE CARLOS CASTRO LOPEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS ALIAGA
• Localidad ALIAGA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLERA BUESO GUILLERMINA
SORIANO SORLI FRANCISCO
ORTIZ DOMINGUEZ LAURA
CHACON FORNES MARIA FELISA
PUPO ALVAREZ JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Organización:
 - ? En el Consejo de Salud de Zona de Aliaga de fecha 22 de Dic. de 2016, varias alcaldías solicitan la realización de un nuevo taller formativo sobre RCP Básica y de manejo de los desfibriladores con los que se dotó a las localidades de la zona de salud de Aliaga en el 2014. El coordinador médico del CS de Aliaga D. Carlos Castro se compromete a poner en marcha dicha iniciativa.
 - ? En Reunión de Equipo del CS de Aliaga de fecha 24 de Ene. de 2017, el coordinador médico trasmite al equipo la solicitud del CSZ de Aliaga y se propone crear un grupo de trabajo sobre el tema.
 - ? Durante el mes de Febrero de 2017 se crea el grupo de trabajo con personal sanitario del CS de Aliaga y se nombra a D. Carlos Castro como responsable del proyecto. Se plantean los objetivos, metodología, búsqueda de material didáctico y concreción del plan de actuación. También se contacta con el coordinador médico del CS. De Utrillas para el préstamo de maniqués para las prácticas de RCP.
 - ? El 22 de Marzo de 2017 se realiza la solicitud de inclusión en el Programa de Gestión de Proyectos comunitarios en el Servicio Aragonés de Salud -2016.
- Comunicación:
 - ? En el Consejo de Salud de Zona de Aliaga de fecha 30 de May. de 2017, se informa a los miembros del consejo de la puesta en marcha del proyecto comunitario. En el se explica el cronograma del proyecto y se pide la difusión a través de los ayuntamientos y de las asociaciones culturales representadas.
 - ? Difusión a través de trípticos colocados en los ayuntamientos y consultorios locales de la zona, del inicio del plazo de inscripción. Junio -Agosto 2017.
- Intervención:
 - ? Revisión de los desfibriladores semiautomáticos y de su equipamiento. Control de caducidades. Responsables los enfermeros de zona Francisco Soriano y Guillermina Llera. Junio 2017.
 - ? Revisión de mantenimiento de los desfibriladores por el servicio de electromedicina de Atención Primaria del Sector Teruel el 30 de junio de 2017.
 - ? Realización del curso formativo teórico-práctico en grupos de RCP básica y manejo de DESA en el CS de Aliaga con participación de todo el equipo de trabajo. Jueves 28 de Septiembre del 2017 de 18:00 a 20:00 de la tarde.
- Evaluación:
 - ? Evaluación mediante encuesta de satisfacción y debate de posibles propuestas de mejora realizados a la finalización del curso.
 - ? Valoración participación: Porcentaje de población de la zona que realiza el curso.
 - ? Cobertura: Porcentaje de localidades de la zona con presencia en el curso de al menos un asistente.
- Recursos:
 - ? Equipo informático y proyector del CS. De Aliaga.
 - ? Material para practicas: Maniqués para prácticas de RCP Básica, desfibrilador semiautomático y equipamiento básico adjunto (palas, tijeras, mascarillas, etc.).
 - ? Presentación "Curso de Soporte Vital Básico y desfibrilación externa automática" de la Sociedad Española de Medicina de Familiar y Comunitaria, que sigue las recomendaciones de la ERC 2010.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mediante la difusión del proyecto y la realización del taller se ha buscado sensibilizar a la población de la zona de la importancia que el soporte vital básico (SVB) y la desfibrilación (DEA) tienen para poder evitar la muerte de las víctimas de una parada cardiorrespiratoria. Con este segundo taller se han mejorado habilidades en la aplicación de la cadena de supervivencia, se ha capacitado en el uso de los DEA y se ha establecido una relación entre los profesionales sanitarios del C.S. de Aliaga y los participantes al curso para así conseguir una actuación rápida ante una parada cardiaca. Los participantes al curso se han ofertado como personas de referencia en sus localidades dando sus nombres y teléfonos móviles como responsables de los DEA. Se trata así de mejorar la autonomía de la población respecto a su salud, dado que en la zona se tiene gran dispersión y difícil orografía lo que dificulta la actuación rápida del personal sanitario. Durante la revisión del equipamiento se han renovado las palas por próxima caducidad y se han reparado dos desfibriladores por fallo en la batería. Se establece la recomendación de revisión mensual de los equipos por enfermería. El taller presentó una participación de 23 asistentes lo que representa el 2,55% de la población de la zona de salud. Estos pertenecen a 8 localidades de las 11 que disponen de DEA, lo que da una cobertura del 72,7%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1162

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y MANEJO DESA

La evaluación mediante encuesta de satisfacción del taller (Puntuación de 1 a 5) fue óptima para los parámetros de duración del taller (4,36), cobertura de expectativas (4,5), valoración de formadores (4,68) y valoración general (4,5). Pero presentó una valoración media (2,9) la utilidad del taller en el trabajo diario de los participantes. En el debate tras el curso se presentaron las siguientes sugerencias o propuestas de mejora:

- Periodicidad bianual del curso.
- Dotación de los DEA con palas pediátricas.
- Colocación en los equipos DEA de trípticos con la Cadena de Supervivencia y los algoritmos de SVB y DEA.

Dentro de los objetivos se buscaba alcanzar una cobertura de las 11 localidades con al menos un asistente al curso. Las tres poblaciones que no presentaron participantes son las poblaciones más pequeñas de la zona (con menos de 15 habitantes) y que presentan una población más envejecida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se recomienda para seguir con la periodicidad bianual del proyecto el mantener la implicación de la población a través del consejo de salud de zona. También se plantea que en los sucesivos años para conseguir la cobertura de las 11 poblaciones con DEA, se estudie la posibilidad de acercar la formación a las poblaciones más pequeñas en las que no se pueda desplazar ningún representante y dar así una formación individualizada. Comarca Cuencas Mineras "Territorio cardioprotegido". Tras la buena acogida de la instalación de DEA en la zona de salud de Aliaga, dotados por la Mancomunidad de las Cuencas Mineras, esta ha decidido adquirir varios desfibriladores semiautomáticos con el objeto de llevarlos a toda la comarca.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1162 ===== ***

Nº de registro: 1162

Título
TALLER DE RCP BASICA Y MANEJO DESA

Autores:
CASTRO LOPEZ CARLOS, LLERA BUESO GUILLERMINA, GUILLEN LORENTE SARA, SORIANO SORLI FRANCISCO, ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, CHACON FORNES MARIA FELISA, PUPO ALVAREZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cada año se registran en España unas 24.500 paradas cardiacas extrahospitalarias, es decir, aproximadamente una cada 20 minutos. Por ello existen proyectos a nivel mundial, apoyados por cardiólogos, que fomentan la instalación de sistemas de cardioprotección en lugares específicos, así como la realización de cursos de formación para la utilización de estos equipos por el público en general.

RESULTADOS ESPERADOS
Población residente en las localidades de la zona de salud de Aliaga.

MÉTODO
• Revisión de los desfibriladores semiautomáticos hubicados en los 11 consultorios locales de la ZBS de Aliaga.
• Formación teórico-práctica en grupos de RCP básica y manejo de DESA.

INDICADORES
Realización de encuestas de satisfacción a los participantes en el taller.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1162

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y MANEJO DESA

DURACIÓN

1. Comunicación en el Consejo de Salud de la Zona de Aliaga de la puesta en marcha del taller que se solicitó en el último CSZ del 22 de Diciembre de 2016. Abril - Mayo 2017.
2. Difusión a través de trípticos colocados en los ayuntamientos y consultorios locales de la zona del inicio del plazo de inscripción. Junio -Julio 2017.
3. Realización formación teórico-práctica en RCP básica y manejo DESA. Septiembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1163

1. TÍTULO

MENS SANA IN CORPORE SANO. RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA EXPOSICION AL SOL. CENTRO DE SALUD DE ALIAGA

Fecha de entrada: 08/01/2018

2. RESPONSABLE GUILLERMINA LLERA BUESO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALIAGA
· Localidad ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORTIZ DOMINGUEZ LAURA
YUSTE PLUMED MARA PILAR
CASTRO LOPEZ CARLOS
MARTINEZ LOZANO AGUSTIN
GUILLEN GASCON SONIA
VALENZUELA FOVED AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan reuniones para la organización en el 1º trimestre con el AMPA, el 17-Enero y mensualmente con el profesorado del CRA. (3º jueves/mes)
Todos los integrantes sanitarios del proyecto del EAP nos reunimos en el 2º y 3º trimestre cada 15 días (24 de enero, 21feb, 21 marzo, y 18 abril) para preparación y puesta en común de actividades a realizar: preparación de talleres, power-point, redactar cuento para los mas pequeños y otras actividades en las aulas.
Este año trabajamos con fichas de Solsano y de Laboratorios Isdin junto a los profesores en el 2º trimestre.
Se manda carta informativa a los padres y Ayuntamiento para la cita de la reunión donde pueden resolver o preguntar dudas con los profesores, sanitarios y Pediatra de la zona..
Actividades realizadas:
-La pediatra de la zona hace un taller el 24 de Mayo-17 a los niños de 6 a 12 años de 2h de duración sobre riesgos y beneficios de exposición al sol.
- Enfermera y Médico narran y exposición de un cuento de 1 hora de duración a niños de 3 a 6 años
- Enfermera y profesor/a colaboran y explican la realización de fichas con los alumnos 1 vez/ mes
- Excursión al aire libre de todos los alumnos una vez cada trimestre de 2-3h de duración.

La metodología y valoración se realiza a través de la observación directa de los alumnos para conocer su actitud frente a las actividades propuestas en el patio del colegio,, supervisión de los trabajos realizados en aulas los profesores,, grado de satisfacción de usuarios, encuesta individual a los niños sobre grado de satisfacción de las actividades realizadas.
Realización de comprobaciones para valorar el grado de adquisición de conocimientos adquiridos así como detectar errores en consulta por los profesionales sanitarios.

La población es 43 alumnos de 3-12 años, 9 profesores y 32 padres, y evaluamos los indicadores de cobertura.

Higiene
Alimentación
Medioambiente
Seguridad vial
Consumo
Salud mental
Actividad física, ocio y tiempo libre
Los materiales utilizados son fichas, cuento en power-point, cremas protectoras, colgante para movil, etc

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El grado de implicación de las familias es muy aceptable, colaboran en todos los momentos que son requeridos.
Hay colaboración de alumnos, padres, profesores en el proyecto comunitario y en la evaluación continua con toda la población.
Hay sensibilización porque sí les importa los riesgos del sol, no quieren quemarse la piel.
Tienen habilidad y han aprendido a darse la crema en casa antes de salir, utilizar gafas, y gorra. Ha habido un cambio en sus hábitos.
En la excursión observamos que llevaban gorra, gafas y protección solar todos excepto uno.

Tienen autonomía para aplicarse la crema ellos solos, ponerse las gafas, y reconocen un bienestar cuando están en su entorno, piscina, campo de futbol,etc
La relación entre profesionales y población es muy buena porque te lo cuentan por la calle.

Los objetivos y aspectos no alcanzados serían los factores del contexto, no están todos en el mismo centro escolar y no se trabaja el proyecto con todos por igual.
Hay un análisis de la situación inicial insuficiente y ambigüedad de actuaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1163

1. TÍTULO

MENS SANA IN CORPORE SANO. RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA EXPOSICION AL SOL. CENTRO DE SALUD DE ALIAGA

Empezar con un buen análisis inicial de la situación.
Evaluación para conocer el rumbo del proyecto
Que los objetivos sean factibles, sencillos y específicos
Mayor participación de la población, instituciones políticas y sociales.
Empoderamiento, que la población proponga iniciativas

7. OBSERVACIONES.

Visibilizar todo el trabajo a realizar previo y posterior a las actividades.
La memoria que sea más corta, sencilla y concreta.
Es bastante bueno porque hay implicación de profesionales, profesorado y población.
Es un proyecto de varios años de trabajo y se cuenta con gran cantidad de recursos bibliográficos y audiovisuales recopilados a lo largo de estos años, tanto los proporcionados por el Departamento de Salud como los elaborados por los diferentes equipos de trabajo.
Engloba muchos temas aunque cada curso escolar se trabajan dos o tres en profundidad.
Las coordinadoras del proyecto asisten con regularidad a todas las Jornadas y Seminarios tanto de la RAPPs como de Escuelas Promotoras de Salud y posteriormente se transmite al resto de participantes.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1163 ===== ***

Nº de registro: 1163

Título
"MENS SANA IN CORPORE SANO"

Autores:
LLERA BUESO GUILLERMINA, ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, YUSTE PLUMED MARIA PILAR, CASTRO LOPEZ CARLOS, MARTINEZ LOZANO AGUSTIN, GUILLEN GASCON SONIA, VALENZUELA FOVED AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proyecto "Mens Sana In Corpore Sano", que se encuentra englobado dentro de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPs), surge durante el transcurso del curso escolar 2003-2004, implicándose desde sus comienzos el Claustro de profesores del CRA Pablo Antonio Crespo, junto con profesionales del Centro de Salud de Aliaga.
Las necesidades se identifican después de la observación al cabo de los años de aquellos aspectos directamente relacionados con la salud que son susceptibles de ser abordados desde el punto de vista educativo.
Los niños generalmente no están protegidos del sol cuando realizan actividades físicas, sino solo cuando van a la playa o a la piscina. Por ello es importante conocer los beneficios y riesgos de la exposición al sol.

RESULTADOS ESPERADOS

Aprendizaje de medidas de protección frente a los efectos nocivos de la exposición solar en los niños de 3 a 12 años del CRA Pablo Antonio Crespo.

MÉTODO

- Taller educativo sobre los beneficios y riesgos de la exposición solar.
- Colaboración en actividades educativas junto con los profesores y utilización de cuadernillos de fichas.

INDICADORES

Encuesta de satisfacción infantil / valoración aprendizaje (Ficha "Fotoprotegete Bien")

DURACIÓN

- Curso escolar 2016-17
- Taller educativo "Beneficios y riesgos de la exposición solar". Día 24 de Mayo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1163

1. TÍTULO

MENS SANA IN CORPORE SANO. RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA EXPOSICION AL SOL. CENTRO DE SALUD DE ALIAGA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0296

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE EVA MARIA SANCHEZ MOLINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALIAGA
· Localidad ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ LAHUERTA RAMON
ORTE GUERRERO JAVIER
CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA
ROMERO SANTAMARIA ALBERTO
PEREZ LAZARO CAROLINA
GONZALEZ HERNANDEZ PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El equipo de personas implicadas en el proyecto, ha recogido datos durante los meses de mayo, junio, julio, agosto y septiembre de las consultas de Albarracín, Villar del Cobo y Orihuela. También del mes de mayo de Bronchales y Monterde.

Se ha realizado una tabla donde se han recogido los siguientes datos: N. de historia clínica, fecha de la consulta, edad, sexo, infección que presentan, si se han realizado pruebas diagnósticas para confirmar sospecha diagnóstica, si se ha recibido o no AB y en caso afirmativo cuál. Se dejó un recuadro para observaciones, si recaída, si hospitalización etc.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez realizado el análisis de las tablas de datos, exponemos a continuación, los datos que nos parecen de mayor interés:

-De un total de 608 pacientes que han acudido con cuadros compatibles con infecciones, 363 eran mujeres y 245 hombres.

Por franjas de edad han sido más frecuentes las infecciones en los mayores de 65, seguidos de los pacientes entre 41-65 y en tercer lugar, los comprendidos entre 26 y 40 años. Por sexo en todas las edades predominan las consultas femeninas, aunque en la franja de 15 a 25 años la diferencia es mucho menor.

De los 608 casos, se han prescrito antibióticos a 340 pacientes.

En cuanto a las infecciones, por orden de frecuencia visitadas, tenemos las siguientes:

1-Catarro Vías Altas, con 103 casos.

2-Cistitis, con 164 casos

3-Amigdalitis con 62 casos

4- Conjuntivitis agudas infecciosas: 50casos

5- Faringitis aguda: 42 casos

6-Bronquitis aguda: 37casos

7- GEA: 33 casos

8- Heridas infectadas: 14 casos

9- Infecciones bucales, flemón, gingivitis... 12 casos

10- Otros: OMA, Otitis Externa, Laringitis, fiebre, celulitis cutánea, celulitis orbitaria, tos, mordeduras, absceso cutáneo, herpes zoster, picadura, gripe... Restantes

En cuanto a tratamiento AB, destacar que todas las cistitis recibieron AB, el más pautado fue la fosfomicina con un total de 44 casos. 45 conjuntivitis, recibieron AB, 31 de ellas con tobrex 12 gentadexa y 1 caso con moxifloxacino oftálmico, 1 oftalmowell

De los 103 catarros vistos, recibieron AB 10, 7 Azitromicinas, 2 amoxicilina clavulánico y 1 levofloxacino

De las 62 amigdalitis recibieron Ab 45. Se pautaron amoxicilina en 18 casos, 7 penicilina 15 amoxicilina clavulánico y 2 cefuroxima, 3 azitromicina

14 Bronquitis agudas fueron tratadas con AB, siendo el augmentine el más usado en 8 de los casos.

Las heridas infectadas fueron tratadas con amoxicilina clavulánico en la mayoría de los casos 12 y 3 casos con amoxicilina.

10 de las 18 OMA se han tratado con AB, augmentine 3, y 3 amoxicilina, 2 azitromicinas y 2 cefuroxima.

Contabilizamos 31 caso de fiebre, sin foco conocido, de los cuales 8 se tratan con Ab, 6 con amoxicilina clavulánico, 1 amoxicilina y 1 azitromicina.

De las faringitis destacar que tres se trataron con AB, Azitromicina, amoxicilina y amoxicilina clavulánico, el resto no recibió AB.

No recibieron ningún AB los cuadros de GEA, Gripe, Laringitis agudas y tos vistas en este tiempo. Tenemos dos cuadros de Giardia-Lamblias en niños, que si recibieron tto con metronidazol, estas fueron confirmadas con su correspondiente análisis de parásitos en heces.

En cuanto al uso de Ab, el más prescrito ha sido la amoxicilina clavulánico con un total de 68 prescripciones, seguidos por fosfomicina con 44, amoxicilina con 40, azitromicina con 25 y ciprofloxacino con 18.

Se han podido realizar pruebas diagnósticas en el caso de cistitis, donde se han realizado 48 tiras de orina y 12 cultivos, que han ayudado en la toma de decisión para pautar el tto AB. También se han realizado 10 strep test para el diagnóstico de amigdalitis estreptocócicas siendo en 6 casos positivo a los cuales se les trato con AB.

- Indicadores y Evaluación:

1- Porcentaje de pacientes que ha recibido Ab: 55 % de los cuales:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0296

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

- a- Pacientes que reciben AB por patología urinaria: 48.%
- b- Pacientes que reciben AB por patología respiratoria general 4%
- c- Pacientes que reciben Ab por patología faringoamigdalal: 13%
- d- 35 % restante los recibe por otros procesos, como heridas, procesos dentales, celulitis, otitis...
- 2- Porcentaje de uso de amoxicilina-clavulánico: 20%
- 3- Porcentaje de uso de fosfomicina: 12%
- 4- Porcentaje de uso de amoxicilina: 11%
- 5- Porcentaje de uso de azitromicina 7 % y ciprofloxacino: 5%
- 6- El 45 % restante lo componen Ab como gentadexa, tobramizina, cefalosporina, levofloxacino etc.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como podemos observar, en líneas generales, el uso de AB en nuestra ZBS para patologías infecciosas es superior al 50 % de los casos, siendo las ITU las que se llevan la mayoría de los tratamientos, ya que, en todos los casos de infecciones de orina, se han puesto antibióticos. También es importante destacar que el uso de tiras y cultivos ha ayudado en la mayoría de los casos a la toma de decisiones. Nos ha faltado valorar en este caso, cuantas infecciones de orina eran sintomáticas, y ver si hemos tratado alguna de ellas que no lo fuera, en cuyo caso podríamos haber prescindido del AB, ya que este no sería necesario.

En el tto de las amigdalitis, se ha usado AB en todos los casos con test positivo al estreptococo A. En cuanto al antibiótico más adecuado para estos casos, no existe un claro consenso, algunas de las recomendaciones avalan el uso de la penicilina, como primera opción en amigdalitis estreptocócicas, pudiéndose utilizar también la amoxicilina y dejando la amoxicilina clavulánico para aquellos casos resistentes. En nuestro medio, estamos usando la penicilina en un 15 % de los casos, la amoxicilina en un 40%, en un 33% amoxicilina clavulánico, 6% azitromicina y el resto cefalosporinas de 2 generación. Salvo por estas últimas, que no son ni de primera ni de segunda elección, en general podríamos decir que hemos realizado una prescripción adecuada en el tratamiento de las faringoamigdalitis.

En cuanto a las bronquitis, aún seguimos tratando en exceso con AB estos cuadros, teniendo en cuenta que el 95% de son secundarias a cuadros víricos y no está indicado el uso de AB. En caso de necesidad por sospecha de Bordetella Pertusis, estarían indicados los macrólidos, tipo claritromicina o azitromicina. Si hubiera riesgo de neumonía podríamos dar amoxicilina oral, no hay evidencias de que sea peor que la Azitromicina o la amoxicilina clavulánico. En nuestro caso, hemos tratado aproximadamente al 38% de las bronquitis, y se han usado amoxicilina clavulánico en el 57% de los tratados, seguidos de levofloxacino, cefixima 400 y moxifloxacino, la amoxicilina se ha usado tan sólo en un 14% de los casos.

En general no hay un abuso en el uso de AB en los catarros de vías altas, siendo muy baja su utilización, y en los casos puestos se sigue usando la azitromicina, como antibiótico comodín. Habría que pensar sobre el uso inadecuado y excesivo de este medicamento, que por su comodidad en la posología, hace que lo usemos en muchas ocasiones en cuadros catarrales o faríngeos, que se resolverían igualmente con tratamiento sintomático.

En general hacemos buen uso de los antibióticos en heridas infectadas, celulitis, otitis media aguda, otitis externa, mordeduras, candidiasis oral.

El análisis de los datos se ha realizado en los meses de primavera- verano, con lo que el número de infecciones, sobre todo respiratorias, debe estar subestimado, ya que en esta época del año, por lo general, se atienden menos casos.

Por otro lado hemos perdido muchos datos, en época de vacaciones, de cambios de contrato, de estudios... pero creo que con lo que tenemos ya nos podemos hacer una idea de cómo se actúa en líneas generales en la sierra, aunque es verdad que no podemos generalizar los datos, ya que salvo en atención continuada, donde pasamos todos los profesionales, el resto son consultas asignadas a un profesional concreto, con lo que la actuación está supeditada, a los conocimientos y aptitudes propias de cada uno.

En general, aun hacemos un uso excesivo de los AB, muchas veces por desconocimiento, otras por contentar a los pacientes, a veces por cubrirnos ante el posible empeoramiento de un cuadro. La realización de cursos, protocolos o guías, podría ayudar a poner freno a la situación actual.

Creo que este proyecto nos ha ayudado a valorar nuestras actuaciones diarias en cuanto a la prescripción de antibióticos; a realizar una autocritica que nos permite mejorar nuestros conocimientos en este área; pero sobre todo, a tomar conciencia de la necesidad de realizar un uso apropiado de los medicamentos en general y los antibióticos en particular.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/296 ===== ***

Nº de registro: 0296

Título
ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0296

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACÍN

Autores:
SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, PEREZ LAZARO CAROLINA, CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA, ORTE GUERRERO JAVIER, TAMAMES CERDA ANA, HERNANDEZ LAHUERTA RAMON, GONZALEZ HERNANDEZ PEDRO, ROMERO SANTAMARIA ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACÍN

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermedades infecciosas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las enfermedades infecciosas son la patología aguda más frecuente en atención primaria, tanto en adultos como en pacientes pediátricos. El paciente que padece un cuadro infeccioso agudo, no necesariamente, debe recibir tratamiento farmacológico, y menos aún tratamiento con antibióticos, debido que muchos de ellos, son de origen viral o bien responden a otras causas no bacterianas. El abuso de antibióticos está generando un grave problema en la actualidad, en gran parte a las altas resistencias, que los hacen cada vez menos efectivos, y a la falta de síntesis de nuevas moléculas, muchas de ellas de uso exclusivo hospitalario. En Aragón, desde enero-septiembre de 2017, el consumo de antibióticos en DDD en prescripción por receta se distribuye de la siguiente manera:
En AP en un 83.4%, siendo en pediatría del 9.2%.
En atención especializada es del 14.1%.
Se ha producido un incremento del consumo durante este periodo, comparado con el mismo periodo en el año 2015. Este incremento, no solo supone un importante gasto sanitario, si no como hemos dicho anteriormente puede ser un problema para tratamientos futuros, debido a las resistencias cada vez más frecuentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto, pretendemos analizar la prescripción de antibióticos en nuestra zona, clasificar por edad y patologías los más usados y valorar si son adecuadas estas prescripciones o por el contrario nos excedemos en su uso. De esta forma podremos realizar una autocrítica, con la que aprender y valorar como mejorar nuestra práctica diaria.

MÉTODO

Se realizará una tabla donde se recogerán los datos de todos los pacientes que acudan a consulta de AP de los centros de salud de Albarracín, Bronchales y El Villar del Cobo, así como en la consulta de pediatría del C.S de Albarracín, y aquellos que acudan a AC, que presenten un proceso infeccioso, subsidiario o no a tratamiento AB. En la tabla se recogerá el N. historia, edad, sexo, proceso infeccioso, si recibe o no ab,ab prescrito en caso de que lo reciba, si se realiza alguna p. complementaria (tipo cultivo...) y si hay recaída o consulta por el mismo proceso en los días siguientes.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes que reciben AB: N de pacientes que reciben AB/ n. de pacientes que acuden por patologías infecciosas.
Porcentaje por pacientes que reciben AB en pediatría: N. pacientes entre 0 y 14 años que reciben AB/ n. pacientes total de 0 a 14 que han acudido al c.s con patología infecciosa.
Porcentaje de pacientes que reciben AB adolescentes y adultos jóvenes: N. pacientes entre 15 y 30 años que reciben AB/ n. pacientes que han acudido de esa edad.
Porcentaje de pacientes que reciben AB en edades medias: N. pacientes entre 31 y 60 años que reciben AB/ n. pacientes han acudido de esa edad con patología infecciosa
Porcentaje de pacientes que reciben AB mayores de 60 años: N. pacientes mayores de 60 años que reciben AB/ n. pacientes que han acudido al c.s mayores de 60 años con patología infecciosa.
Por patologías.
Porcentaje de pacientes que reciben AB con patología respiratoria: n. pacientes que reciben AB que presenta una patología infecciosa/ n. pacientes totales con patología infecciosa.
Porcentaje de pacientes con patología urinaria que reciben AB: n. pacientes que reciben AB al acudir con patología urinaria/ n. pacientes totales con patología urinaria.
Porcentaje de pacientes con patología digestiva que reciben AB: n. pacientes que reciben AB con patología digestiva/ n. total de pacientes con patología digestiva.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0296

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

Recogida de datos desde mayo de 2018 a diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0379

1. TÍTULO

CRECER CON SEGURIDAD

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE GUILLERMINA LLERA BUESO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALIAGA
· Localidad ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SORIANO SORLI FRANCISCO JAVIER
MARTINEZ LOZANO AGUSTIN
GUILLEN GASCON SONIA
CHACON FORNES FELISA
VALENZUELA FOVED AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades llevadas a cabo se distribuyen temporalmente en 3 trimestres, desde el 7 de Enero hasta el 20 de Diciembre de 2018. Se realizan reuniones con el AMPA y asociaciones culturales una vez al trimestre, con el profesorado del centro con periodicidad mensual y en el C.S. una vez cada 15 días con los miembros del proyecto, para la organización de las actividades.

Quedan distribuídas de la siguiente forma:

Primer trimestre: Encuentro con maestros y alumnos de 3 a 16 años en el que valoramos el nivel de conocimiento inicial en Prevención de accidentes domésticos y el interés que despierta el tema en los alumnos, utilizando imágenes de diferentes señales de peligro y situaciones de riesgo.

Segundo trimestre: El profesorado trabaja el tema a lo largo del curso escolar con apoyo de fichas, audiovisuales, trípticos, materiales tecnológicos (pizarras digitales, ordenadores...) y el equipo sanitario en el mes de Mayo realiza un taller de prevención de accidentes según el entorno (hogar, automóvil, escuela, calle...) y consejos sobre forma de actuar en caso de accidente.

Tercer trimestre: En Noviembre, los agentes de Seguridad vial, tráfico y SEPRONA realizaron una exhibición de sus vehículos donde los niños pudieron conocerlos en profundidad y posteriormente hubo un debate-coloquio donde resolvieron sus dudas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores utilizados en la evaluación del proyecto:

1. Conocer y respetar las señales de tráfico para peatones
2. Conocer qué productos tóxicos son perjudiciales y su peligrosidad.
3. Buenos hábitos posturales para la prevención de accidentes.
4. Conocimiento del riesgo del uso de electrodomésticos y herramientas no aptas para niños
5. Respetar las reglas y normas básicas de seguridad
6. Manifestar respeto y buen comportamiento al utilizar transportes públicos.

Método de evaluación:

1. Observación directa de los alumnos para conocer su actitud frente a las actividades propuestas
2. Observación directa respecto a habilidades y destrezas en las tareas de tipo experimental y sus avances demostrados a través de preguntas y comentarios
3. Supervisión de los trabajos realizados
4. Realización de comprobaciones para valorar el grado de adquisición de conocimientos adquiridos así como detectar errores.

Resultados alcanzados:

El grado de implicación de las familias es muy aceptable, colaboran siempre que son requeridos. Muy buena colaboración de alumnos, padres, profesores y en la evaluación continua con toda la población. Nos reunimos con el profesorado del centro y los miembros del AMPA, para evaluar el resultado alcanzado ya que son los que pueden analizar los cambios de comportamiento en los niños de forma más detallada al permanecer en contacto con ellos durante un tiempo más prolongado. Han observado sensibilización y habilidades adquiridas para la prevención de accidentes: cruzan la calle por el paso de cebra, llevan el casco al ir en bicicleta, recomiendan a sus familias guardar en sitios seguros los productos tóxicos y fármacos...

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Empezar con un buen análisis inicial de la situación y valoración de conocimientos previos.

Evaluación continua del rumbo del proyecto.

Plantear objetivos factibles, sencillos y específicos.

Aumento de la participación de la población, instituciones políticas y sociales.

Empoderamiento de la población para proponer iniciativas, utilizando las reuniones del Consejo de Salud y las asociaciones culturales como vía de transmisión.

Dificultades de aplicación: variabilidad de edades en los escolares y dispersión de las aulas, ya que no se puede trabajar de forma conjunta con todos ellos.

Consideramos que el proyecto es sostenible y fácilmente replicable porque hay implicación de profesionales sanitarios, profesorado y población en general. Lleva varios años de evolución y cuenta con recursos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0379

1. TÍTULO

CRECER CON SEGURIDAD

bibliográficos y audiovisuales proporcionados por el Departamento de Salud. Además los componentes del Proyecto y el profesorado del centro asisten con regularidad a jornadas y seminarios tanto de la RAPPs como de Escuelas Promotoras de Salud y posteriormente se transmite al resto de participantes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/379 ===== ***

Nº de registro: 0379

Título
CRECER CON SEGURIDAD

Autores:
LLERA BUESO GUILLERMINA, SORIANO SORLI FRANCISCO JAVIER, MARTINEZ LOZANO AGUSTIN, GUILLEN GASCON SONIA, CHACON FORNER FELISA, VALENZUELA FOVED AMPARO, ORTIZ DOMINGUEZ LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Prevención de accidentes domésticos en niños y adolescentes de la zona de salud.
Promover la prevención y estimular las habilidades relacionadas con la identificación, evaluación y control del riesgo

Dada la resistencia de los adultos a adoptar cambios en hábitos preventivos se hace necesario buscar a los receptores idóneos como son niños, adolescentes, padres, profesores y sanitarios. Intentar que las condiciones de seguridad y preventivas se incorporen en el día a día.

RESULTADOS ESPERADOS
Concienciar a niños y adolescentes sobre accidentes y riesgos de su entorno.
Enseñanza eficaz en materia de seguridad y comportamientos saludables aportando herramientas funcionales
Conocimiento de productos químicos peligrosos
Utilización adecuada de diferentes aparatos y materiales habituales en su entorno cotidiano.
Postura correcta
Orden y tranquilidad en caso de emergencias en locales públicos
Señales y símbolos de seguridad con información y significado.
Protección individual y correcta utilización.

MÉTODO
Dirigidas a toda comunidad escolar
Dirigidas a niños y adolescentes de 3 a 16 años
Profesorado
Madres y padres a través de reuniones y asociaciones juveniles, AMPA etc
Actividades prácticas, participativas

INDICADORES
Evaluación inicial con exposición para evaluar nivel y existencia de problemas y falsas creencias.
Evaluación formativa con fichas, juegos, etc y evaluar adaptación de cada niño.
Herramientas para evaluar: trabajar contenidos de carácter conceptual y procedimientos
Observación de actividades y comportamientos y anotar
Evaluación de experiencias, observación directa, etc

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0379

1. TÍTULO

CRECER CON SEGURIDAD

Duración y calendarios:
En colegio desde 7-Enero-18 hasta 20-Dic-18.
Reuniones con profesores 1vez/mes
Reuniones con AMPA y asociaciones culturales 1/
trimestre
Exposición de temas en cada aula del CRA
En C. Salud 1 vez/ 15 días con miembros del proyecto

OBSERVACIONES
Se contara con la colaboración de AMPA, profesores, personal sanitario, guardia civil, bomberos,etc

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0380

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE CARLOS CASTRO LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALIAGA
· Localidad ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTIZ DOMINGUEZ LAURA
YUSTE PLUMED MARIA PILAR
LLERA BUESO GUILLERMINA
SORIANO SORLI FRANCISCO JAVIER
GUILLEN GASCON SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Estudio transversal sobre la población anciana ≥ 75 años de la zona de salud de Aliaga (146 pacientes a 31/12/2017), realizando:

1. Creación del grupo de trabajo para consensuar el protocolo de actuación y formación de sus miembros.
2. Recogida de información mediante la realización del Test Mini Nutritional Assessment (MNA).
3. Valoración nutricional exhaustiva en el caso de haber detectado RMN o MN mediante parámetros bioquímicos, antropométricos y una historia dietética, para determinar después la intervención nutricional necesaria.
4. Análisis de estos datos para la realización de las recomendaciones oportunas y la elaboración del protocolo nutricional en el CS de Aliaga.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 146 pacientes mayores de 75 años de la zona de salud, se ha realizado el MNA a 121 pacientes, lo que supone un 82,87%.

Según el resultado del Test MNA, la prevalencia de MN es de 1,65% (2 pacientes de los 146) siendo el 100% de ellos de sexo femenino.

La prevalencia de RMN tras aplicar el test MNA es de 5,78% (7 pacientes de 146) siendo 71,4% de ellos de sexo femenino y un 28,6% de sexo masculino.

La prevalencia de estado nutricional satisfactorio según puntuación obtenida en MNA es de un 92,5% (112 pacientes de 146).

Los datos anteriores se obtienen tras aplicar el indicador descrito en la memoria inicial del proyecto:

Determinación de la prevalencia de pacientes con RMN y MN según Test MNA. El MNA consta de 18 ítems divididos en 4 categorías: parámetros antropométricos, estado general del paciente, encuesta dietética y valoración subjetiva.

Esta prueba clasifica a las personas mayores, sobre un máximo de 30 puntos, en tres grupos: estado nutricional satisfactorio (S) (≥ 24 puntos), riesgo de malnutrición (RMN) (17-23,5 puntos) y malnutrición (MN) (< 17 puntos).

Otro de los indicadores que decidimos analizar era el número de nuevos registros de episodios en OMI-AP de desnutrición, resultando 2 lo que supone un 100% de los diagnósticos según test de MNA y aplicación de analíticas y exploraciones necesarias para su confirmación.

Por otro lado hemos determinado el porcentaje de pacientes sin intervención, que supone un 92,5%. El porcentaje de pacientes en los que sólo hemos llevado a cabo una intervención dietética, que ha sido un 6,61% y aquellos en los que hemos realizado intervención dietética más prescripción de suplementos que ha resultado ser un 0,82% (únicamente 1 paciente del total de 121).

La intervención dietética que se ha llevado a cabo ha sido entregar al paciente hoja de recomendación sobre pirámide alimentaria para adultos mayores de 70 años y la importancia del consumo de líquidos en una dieta adecuada. Además se entrega otra hoja que recoge 15 recomendaciones dietético-nutricionales como priorizar alimentos de origen vegetal, repartir los alimentos en 3-5 comidas/día, moderar el consumo de sal y alimentos azucarados, hacer más de una comida caliente al día, reducir el consumo de alcohol y comer con moderación, entre otras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos llegado a la conclusión de que en general los pacientes de nuestra zona de salud tienen un estado nutricional satisfactorio. De hecho, nos ha llamado la atención que al contrario de sufrir malnutrición, nuestros pacientes presentan IMC más compatible con sobrepeso u obesidad, por lo que nos hemos palteado analizar en profundidad estos datos para futuras actuaciones.

Se calcula el porcentaje de pacientes con un IMC de 25-30 siendo el resultado de un 50,5% de los cuales un 55,3% son mujeres y un 44,7% varones. El porcentaje de pacientes con IMC >30 es de un 36,5% siendo un 55,8% mujeres y un 44,2% varones. Por lo que llegamos a la conclusión de que los problemas de sobrepeso y obesidad son más prevalentes en mujeres y que debemos actuar sobre este problema modificando hábitos de vida, aumentando el ejercicio físico y adecuando la ingesta de calorías a la actividad física que realiza cada paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/380 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0380

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)

Nº de registro: 0380

Título
VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)

Autores:
CASTRO LOPEZ CARLOS, ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, YUSTE PLUMED MARIA PILAR, LLERA BUESO GUILLERMINA, SORIANO SORLI FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
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
Valoración del estado nutricional en el anciano (≥ 75 años) en el CS. de Aliaga.
El progresivo envejecimiento de la población es uno de los factores que influyen en el aumento de la prevalencia de desnutrición, ya que los ancianos son un colectivo de riesgo por sus características biológicas, psicológicas y sociales. A pesar de su alta prevalencia (7,8 % en ancianos de la comunidad), la desnutrición está infradiagnosticada.
La presencia de malnutrición puede intervenir de manera significativa en la evolución de las enfermedades crónicas y agudas de nuestros ancianos. Es un factor de riesgo para el desarrollo de dependencia y esto podría explicar la fuerte asociación con comorbilidad, fragilidad y aumento de la mortalidad.
Por ello, una valoración nutricional simple y sistematizada, que permita detectar precozmente y de manera sencilla los ancianos en riesgo nutricional, para la posterior valoración completa de estos, debería formar parte de forma protocolizada de la atención asistencial del paciente anciano.

RESULTADOS ESPERADOS
Evaluar el estado nutricional de los ancianos ≥ 75 años de la zona de salud del CS de Aliaga.
Proponer las intervenciones nutricionales necesarias.
Establecer un protocolo consensuado de valoración y seguimiento nutricional en el centro de salud.

MÉTODO
Estudio transversal sobre la población anciana ≥ 75 años de la zona de salud de Aliaga (205 pacientes a 31/12/2016), realizando:
1. Creación del grupo de trabajo para consensuar el protocolo de actuación y formación de sus miembros.
2. Recogida de información mediante la realización del Test Mini Nutritional Assessment (MNA).
3. Valoración nutricional exhaustiva en el caso de haber detectado RMN o MN mediante parámetros bioquímicos, antropométricos y una historia dietética, para determinar después la intervención nutricional necesaria.
4. Análisis de estos datos para la realización de las recomendaciones oportunas y la elaboración del protocolo nutricional en el CS de Aliaga.

INDICADORES
Determinación de la prevalencia de pacientes con RMN y MN según Test MNA. El MNA consta de 18 ítems divididos en 4 categorías: parámetros antropométricos, estado general del paciente, encuesta dietética y valoración subjetiva. Esta prueba clasifica a las personas mayores, sobre un máximo de 30 puntos, en tres grupos: estado nutricional satisfactorio (S) (≥ 24 puntos), riesgo de malnutrición (RMN) (17-23,5 puntos) y malnutrición (MN) (< 17 puntos).
Número de nuevos registros de episodios en OMI-AP de desnutrición.
Determinación del porcentaje de pacientes sin intervención, con solo intervención dietética y con intervención dietética más prescripción suplementos.

DURACIÓN
Creación del grupo de trabajo para consensuar el protocolo de actuación y formación de sus miembros. Abril 2018.
Realización del Test MNA, valoración nutricional e intervención nutricional. Mayo a Octubre 2018.
Análisis de resultados para establecer un protocolo consensuado de valoración y seguimiento nutricional en el centro de salud. Noviembre a Diciembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0380

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1105

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL CRA "PABLO ANTONIO CRESPO" DE ALIAGA (TERUEL)

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE LAURA ORTIZ DOMINGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALIAGA
· Localidad ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONZON GRACIA ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
NO HA SIDO POSIBLE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS EN EL PROYECTO DURANTE EL AÑO 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NINGÚN RESULTADO ALCANZADO YA QUE NO SE HA REALIZADO EL PROYECTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DEBIDO A QUE NO HA SIDO POSIBLE EFECTUAR LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PROCEDEMOS A LA FINALIZACIÓN Y CIERRE DEL PROYECTO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1105 ===== ***

Nº de registro: 1105

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL CRA "PABLO ANTONIO CRESPO" DE ALIAGA (TERUEL)

Autores:
ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, MONZON GRACIA ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS Y EMERGENCIAS-PRIMEROS AUXILIOS Y MANIOBRAS RCP
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: FORMACION Y EDUCACION PARA LA SALUD COMUNITARIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DESDE ATENCION PRIMARIA DEL CS DE ALIAGA SE HA CONSIDERADO CONVENIENTE PROPONER AL CENTRO RURAL AGRUPADO DE ALIAGA LA FORMACION DE LA POBLACION INFANTIL Y ADULTA QUE ESTÁ EN RELACIÓN CON AQUELLA, EN LA ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES BÁSICAS PARA ACTUAR, EN SU CASO, ANTE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA Y/O PRIMEROS AUXILIOS. ESPECIALMENTE DURANTE LA INFANCIA, AL ESTIMAR QUE LOS SISTEMAS EDUCATIVOS CONSTITUYEN AMBITOS DE CRUCIAL IMPORTANCIA PARA LA FORMACION DE HABILIDADES PARA EL MUNDO LABORAL Y LA VIDA COTIDIANA. SE APROVECHA ASIMISMO LA INSTALACION DE DESFIBRILADORES EN LA LOCALIDAD, Y SE PROPONE A LA DIRECCION DEL CENTRO QUE SEA INCLUIDA ESTA FORMACION COMO ACTIVIDAD EN LA P.G.A.

RESULTADOS ESPERADOS

Primero: Como objetivo general se plantea la realización de actividades para fomentar la educación y formación básica en temas fundamentales sobre la SALUD

Segundo: Como objetivos específicos, se propone dar a conocer a la población infantil, adolescente y adulta relacionada con la misma, como docentes o monitores, las habilidades y reconocimiento de una situación de emergencia.

Tercero: Asimismo, se propone la adquisición de habilidades para actuar frente a una emergencia y reconocer de manera correcta una situación de emergencia vital, así como saber dirigirse al servicio de emergencias a través del teléfono 112

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1105

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL CRA "PABLO ANTONIO CRESPO" DE ALIAGA (TERUEL)

MÉTODO

- 1.-Reunión inicial: Desde el CS de Aliaga se propondrá a la dirección del centro escolar de la localidad la creación del proyecto y en su caso, su desarrollo durante el primer trimestre del curso 2'018-2019.
- 2.-Concreción del proyecto : Se presentarán las líneas didácticas de la enseñanza de la RCP en los distintos niveles educativos adaptando los contenidos a su estado de desarrollo evolutivo, físico y mental, e involucrar a los docentes del centro en este proyecto, tanto de forma activa como pasiva.
- 3.-Posteriores reuniones: Se propondrán posteriores encuentros con todos los alumnos y docentes del centro para captar inquietudes y sugerencias, que serán los encargados de hacer los videos representativos de cada caso propuesto sobre situaciones de emergencias explicados en los talleres.
- 4.-Contacto con la Agrupación de Voluntarios de Protección Civil de la Comarca Cuencas Mineras: Se llevarán a cabo contactos para el préstamo del material necesario para la realización práctica de los talleres de RCP

INDICADORES

- 1.-Encuestas iniciales para determinar el grado de conocimiento previo a la actividad que tienen los alumnos del centro escolar respecto de PRIMEROS AUXILIOS y MANIOBRAS DE RCP,
- 2.-Encuestas posteriores para determinar el grado de adquisición de conocimientos una vez realizados los talleres adaptadas a cada uno de los niveles educativos.
- 3.-VALORACION POR EL PROFESORADO: Se propondrá al claustro de profesores y a la dirección del CRA la incorporación de estos talleres en la PGA de los siguientes cursos.

DURACIÓN

- 1.-DURACIÓN: Se basa en el grado de atención que se pueda obtener de los alumnos, determinando en este primer curso el desarrollo de DOS SESIONES, de 1 hora de duración para EDUCACION PRIMARIA y de 30 minutos para EDUCACION INFANTIL, para ofrecer talleres prácticos de FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y MANIOBRAS DE RCP, así como otras DOS SESIONES dirigidas al profesorado de unas 2 horas de duración cada una de ellas, para que así puedan implicarse en la impartición de los próximos talleres
- 2.-CALENDARIO PREVISTO:Se ofrecerá la realización de talleres prácticos durante el primer trimestre del curso 2018-2019, a desarrollar en los meses de SEPTIEMBRE A DICIEMBRE, así como su continuidad en los siguientes cursos, recabando el compromiso por parte de la dirección del centro escolar de ser incluidos en la PROGRAMACION GENERAL DEL CENTRO ESCOLAR

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0064

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ZONA BÁSICA DE SALUD DE ALIAGA Y BUSQUEDA DE DAÑO ORGÁNICO ASINTOMÁTICO

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE EVA MARIA SANCHEZ MOLINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALIAGA
· Localidad ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLERA BUESO GUILLERMINA
YUSTE PLUMED MARIA PILAR
ORTIZ DOMINGUEZ LAURA
MARTINEZ LOZANO AGUSTIN
GUILLEN GASCON SONIA
SORIANO SORLI FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto realizado en la ZBS de Aliaga, ha consistido en analizar a los diferentes pacientes con factor de riesgo cardiovascular (FRCV) mayores buscando identificar daño orgánico asintomático (DOA) a través de los medios de los que disponemos en AP.

Las actividades desarrolladas se han ido realizando a lo largo de todo el año 2019. El 21 de Enero de 2019, el equipo se reunió y aprobó dicho proyecto, comenzando a partir del día siguiente a preparar y recopilar datos. El 2 de Diciembre del mismo año, se da por acabada la recopilación de datos y comenzamos su análisis.

Para ello, hemos revisado a todos los pacientes con FRCV de nuestra zona, usando los listados de OMI, hemos realizado una tabla donde se han incluido a todos los DM, HTA, DL y fumadores. Se han excluido a los mayores de 80 años, a los que han tenido algún evento cardiovascular o presentan ya daño orgánico establecido y a los que no viven ya en la zona, pero que aparecen en el listado. Se ha realizado una tabla excel con los siguientes datos: N. de Historia, edad, sexo, FRCV que presenta, FG, cociente albumina/ creatinina, ITB, EKG, RCV y observaciones. En el apartado observaciones hemos apuntado el perfil lipídico, las medidas realizadas con los pacientes y el control de lípidos tras unos meses de instaurar dichas medidas.

Para el cálculo de RCV hemos usado las tablas de Framingham y Score. La principal limitación en nuestro estudio es la edad, ya que Framingham abarca desde los 34 a los 74 y el Score desde los 35 a los 64. Por lo tanto, siempre que hemos podido usar el Score, ese ha sido el principal usado, si no, hemos pasado al Framingham. En los casos de edades extremas, que no entran en las tablas, se han tenido en cuenta los FRCV y su control, para considerar el tratamiento y las medidas de promoción de la salud. A los DM con mas de un FRCV se les ha considerado ya directamente de muy alto riesgo cardiovascular.

En el EkG, hemos utilizado los criterios de Skolow Lyon y los de Cornell para valorar si hay hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI).

Se han revisado uno por uno a todos los pacientes que han entrado en nuestro estudio. Los pacientes los hemos ido captando a medida que han venido a la consulta, algunos los hemos avisado cuando han ido a la consulta de enfermería, en ocasiones se les ha llamado por otras vías como telefónicamente.

Han colaborado en el proyecto todos los médicos de atención primaria y todos los enfermeros de atención primaria y dos enfermeros de atención continuada.

Acciones individuales Realizadas: A cada paciente que ha participado en el estudio, se le ha explicado a groso modo el proyecto y se le ha pedido consentimiento oral. Todos los participantes han estado de acuerdo y han mostrado su interés en el mismo.

Acciones de equipo: A nivel de equipo, tuvimos una primera reunión donde se aprobó el proyecto, el 21 de Enero de 2019, y todos los que desearon participar se apuntaron al mismo. En esta reunión se explicó como realizar la recogida de datos del proyecto para su posterior análisis.

El 04 /06/ 2019, la médico responsable del proyecto, dió una sesión clínica, a modo recordatorio, sobre FRCV y dislipemias.

Se tiene un contacto muy estrecho entre los participantes del grupo, en reuniones de equipo y por otras vías como telefónica y por email.

Como material para las actividades hemos usado el doppler para realizar los ITB, el aparato de EKG, Analíticas de laboratorio y OMI para los listados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han revisado en el C.S de Aliaga a 153 pacientes, de los consultorios que pertenecen a Camarillas 41 pacientes y 27 de los consultorios de Mezquita, que dan un total de 221 pacientes.

De ellos se han excluido 81 con lo cual nos han quedado un total de 140 pacientes.

Por sexos han entrado en el estudio 82 hombres y 58 mujeres.

De estos presentaban un solo FRCV 44 hombres y 39 mujeres

Tenían dos FRCV 27 hombres y 15 mujeres

Tres FRCV 7 hombres y 4 mujeres

4 FRCV 4 hombres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0064

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ZONA BÁSICA DE SALUD DE ALIAGA Y BUSQUEDA DE DAÑO ORGÁNICO ASINTOMÁTICO

Tras realizar las analíticas, ITB y EKG vemos que con DOA tenemos un total de 12, de los cuales tenemos los siguientes datos:

Pacientes varones con DOA 9 y 3 mujeres.

De los varones presentan daño renal 7 y uno presenta daño renal y enfermedad arterial periférica (alteración itb) Otro presenta enfermedad arterial periférica.

En cuanto a las mujeres una presenta daño renal e Hipertrofia del Ventriculo Izdo, otra presenta enfermedad arterial periférica y otra HVI.

A todos los pacientes con DOA, se les trató como pacientes de alto riesgo y se les abrió un episodio en OMI, indicando el daño encontrado. A todos se les hizo una vigilancia más estrecha de todos los FRCV y se intensificaron las medidas terapéuticas, pautándose estatinas a los que no las tomaban. A aquellos que presentaron daño renal llevaron un control más estricto de la T. A. A los que presentaron enfermedad arterial periférica, se les puso tratamiento con estatinas de alta potencia, adiro 100 y se les derivó a la consulta de cirugía.

Indicadores y Evaluación:

1. Porcentaje de pacientes con DAO entre todos los estudiados. 8,5%
2. Porcentaje de pacientes con DAO con mas de un FRCV: 83 %
3. Porcentaje de pacientes con DAO entre los DM: 58%
4. Porcentaje de pacientes con DAO entre los HTA: 91 %
5. Porcentaje de pacientes con DAO entre los Dislipemicos: 58 %
6. Porcentaje de pacientes con DAO entre los fumadores. 8%
7. Porcentaje de pacientes que se han beneficiado del estudio: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los que presentan DOA tienen más de un FRCV, menos una mujer que es HTA y se le ha diagnosticado por presentar criterios de HVI en el EKG.

Los pacientes con DOA detectados, han sido fundamentalmente a través de la función renal 66%. Un 16 % a través del ITB y un 8% por el EKG.

Por sexos los hombres con DOA representan el 75 % de los casos.

En cuanto al FRCV más relacionado con el DOA en nuestra muestra es la HTA, ya que el 91 % de los pacientes con DOA son hipertensos, es cierto que la mayoría además eran dislipémicos o diabéticos.

Durante el estudio, hemos estado vigilando sobre todo los lípidos de todos nuestros pacientes, fijándonos en su RCV y en función del mismo hemos actuado. En aquellos pacientes con lípidos en límites normales y un solo FRCV se han realizado actividades de promoción de salud, aconsejando ejercicio físico, disminución de peso y se les ha dado un folleto sobre alimentación a seguir. Aquellos con necesidades terapéuticas, se les ha puesto tratamiento de distinta intensidad, en función de su RCV, a los de muy alto RCV, que no cumplían objetivos, se les puso tratamiento intensivo y se les realizó de nuevo analítica a las 6 semanas. La mayoría de ellos han conseguido mejorar su perfil lipídico aunque no todos han conseguido los objetivos marcados en las guías.

En cuanto al tabaco, tenemos fumadores entre los más jóvenes sin ningún otro FRCV, dentro de este grupo es donde más perdidas hemos tenido, están menos preocupados por su salud, y en general acuden menos a la consulta y en muchas ocasiones no han venido a repetir analíticas o directamente no han acudido a su cita. Aun así, con todos hemos realizado intervención para dejar de fumar y hemos conseguido que un 8 % deje de fumar. Llama la atención que es más frecuente presentar un solo FRCV y que es el tabaco el más frecuente, seguido de HTA, aunque el DOA es mas frecuente entre los hipertensos, quizá porque solo son fumadores sin mas FRCV los mas jóvenes.

En cuanto a otro punto llamativo es que es más frecuente encontrar más de 3 o 4 FRCV entre los hombres.

Hemos encontrado en numerosas ocasiones obesidad añadida a los FRCV estudiados, en estos casos también hemos hecho hincapié en la dieta y ejercicio como medida para mejorar el RCV y el peso.

Durante el estudio hemos tenido un paciente que presentó DOA con afectación del ITB, que se le derivó a cirugía y se puso inmediatamente tratamiento, pero que a la semana de su diagnóstico presentó un IAM.

No ha habido más eventos a lo largo de este año, entre los diagnosticados de DOA. A todos se les ha iniciado medidas intensivas en cuanto a los lípidos, control de tensión, dieta y peso, considerándose en ese momento como pacientes de muy alto riesgo, independientemente del RCV previo, y se se han establecido objetivos de control mucho más estrictos.

Consideramos que todos nuestros pacientes se han beneficiado del proyecto, ya que a todos se les ha realizado un control exhaustivo y se les ha tratado en función de su RCV.

En resumen, consideramos este estudio muy importante, nos ha ayudado a establecer, dentro de los profesionales de equipo, una visión global de todos los FRCV, relacionarlos entre sí, y así realizar un control mucho más exhaustivo a toda nuestra población. Hemos aprendido a manejar mucho mejor a estos pacientes, muchos asintomáticos y hemos concienciado una parte importante de la población sobre su propio riesgo cardiovascular. Resulta de crucial importancia, utilizar todos los medios al alcance de AP para detectar de forma precoz la presencia de lesión renal o cardíaca, gracias a la cual, mejoramos la atención a nuestros pacientes y así también mejoramos su pronóstico, disminuyendo o evitando futuros eventos cardiovasculares.

En este estudio hemos tenido especial atención el control de los lípidos y el tabaco, pero también se han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0064

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ZONA BÁSICA DE SALUD DE ALIAGA Y BUSQUEDA DE DAÑO ORGÁNICO ASINTOMÁTICO

podido establecer limites mas estrictos en aquellos hipertensos que han pasado de tener un riesgo leve- moderado a muy alto, tras la aparición de la presencia de DOA.
Todos aquellos con dislipemia, se han beneficiado de un tratamiento mucho más personalizado, dependiendo de su RCV y sus FRCV.
La población se ha sentido muy satisfecha, por la revisión tanto analítica, EKG e ITB realizadas, nos lo ha hecho saber en diferentes ocasiones y en general se ha mostrado muy colaboradora.
En cuanto a nuestro equipo, este análisis, nos ha ayudado además a mejorar el indicador de RCV y en cuanto al indicador de Riesgo de pie diabético, hemos consiguiendo a fecha de 31/12/2019, una cobertura del 100%.
Personalmente, este proyecto me ha gustado mucho, ha sido intenso en cuanto a su realización, pero muy satisfactorio. Me ha ayudado en la práctica clínica diaria, consiguiendo una actuación más personalizada para cada paciente, mejorando mis conocimientos y mis hábitos terapéuticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/64 ===== ***

Nº de registro: 0064

Título
ESTUDIO DE LOS FRCV EN LA ZBS DE ALIAGA Y BUSQUEDA DE DAÑO ORGANICO ASINTOMATICO

Autores:
SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, LLERA BUESO GUILLERMINA, SORIANO SORLI FRANCISCO JAVIER, ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, YUSTE PLUMED MARIA PILAR, MARTINEZ LOZANO AGUSTIN, GUILLEN GASCON SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

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 en los países desarrollados. El Riesgo Cardiovascular es la probabilidad de presentar un evento cardiovascular en un periodo de tiempo. Engloba la cardiopatía coronaria, la aterosclerosis aórtica, el ACV, la enfermedad renal crónica y la arteriopatía periférica.
Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) son condicionantes endógenos o exógenos que aumentan la probabilidad de morir por una ECV. Los más importantes son el tabaco, la HTA, la dislipemia y la DM, que son considerados como factores de riesgo (FR) mayores.
El daño orgánico es el resultado de un proceso continuo, es una etapa intermedia, donde los síntomas y los signos son prácticamente inaparentes.
Detectar el daño en los órganos diana, en etapas subclínicas, y actuar en consecuencia, ayuda a disminuir la mortalidad secundaria de estas enfermedades y brindar una mayor calidad de vida.
Podemos encontrar pacientes con FRCV que ya presentan un daño orgánico asintomático (DOA), que de no detectar o actuar puede evolucionar a una ECV establecida. Podemos conocer dicho daño midiendo distintos parámetros:
-Presión pulso en ancianos mayor o igual a 60.
- EKG: signos de HVI
-Ecocordio: HVE con índice de masa ventricular izda mayor de 115 en hombres y mayor de 95 en mujeres.
-Engrosamiento de pared carotídea mayor de 0.9, o ver placa de aterosclerosis.
-Velocidad onda pulso carotídeo femoral mayor de 10
- ITB: menor de 0.9 (índice tobillo brazo)
-FG estimado entre 30-60 ml/minuto /1.73 m por CKD.
-Microalbuminuria (30-300 mg / 24 h o cociente albumina/creatinina (30-300 mg /g en muestra matutina).
En AP, podemos detectar DOA, a través de una analítica, buscando microalbuminuria, filtrado glomerular (FG), realizando EKG y midiendo el ITB.
La enfermedad arterial periférica es una manifestación de arteriosclerosis sistémica. A través del ITB podemos diagnosticar pacientes asintomáticos. Un ITB <0.9 se asocia a una tasa de mortalidad a 10 años y complicaciones coronarias graves dos veces mayor que las tasas generales de cada una de las categorías del Framingham.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0064

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ZONA BÁSICA DE SALUD DE ALIAGA Y BUSQUEDA DE DAÑO ORGÁNICO ASINTOMÁTICO

Según la Guía Nice y la ESH/ESC, los pacientes, menores de 81 años, con daño en órgano diana, deberían iniciar tto antihipertensivo ya en un estadio I. En estos casos se consideran de alto RCV. En función del RCV, los límites de colesterol LDL permitidos varían, si el RCV es muy alto, alto, moderado o leve.

RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto, intentaremos identificar, entre los pacientes con FRCV mayores, si presentan daño orgánico asintomático, a través de los medios de AP.

Se revisará el RCV de los pacientes y en función del mismo, revisar el tto que presenta e intensificar las medidas, según recomienden las últimas guías clínicas. Con ello repasaremos todos nuestros pacientes y veremos si hacemos un correcto tto.

Población Diana.

Pacientes con HTA, Fumadores, DM, dislipemia, sin enfermedad cardiovascular establecida, a partir de entre 40-80 años de edad, de la ZBS de Aliaga.

MÉTODO

Se revisarán todos los pacientes con factores de riesgo cardiovascular de la ZBS que estén en la cartera de servicios incluyéndolos en una tabla, con el N. Historia, Edad, FRCV, microalbuminuria, ITB, FG, EKG y RCV. Quedan excluidos los mayores de 80 años y los que hayan presentado algún evento cardiovascular. A aquellos con parámetros que nos indiquen la presencia de daño orgánico asintomático, se les pautará medidas de control de peso, de HTA, de glucemias y abandono tabaquico, así como tratamiento intensivo para la dislipemia.

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes con DOA entre todos los estudiados
2. Porcentaje de pacientes con DOA con más de un FRCV.
3. Porcentaje de pacientes con DOA entre los DM.
4. Porcentaje de pacientes con DOA entre los HTA.
5. Porcentaje de pacientes con DOA entre los DL.
6. Porcentaje de pacientes con DOA entre los fumadores.
7. Porcentaje de pacientes que se han beneficiado de nuestro estudio

Evaluaremos como de controlados se encuentran nuestros pacientes, en cuanto a sus FRCV, actuando en cada caso particular, tanto sobre los estilos de vida como a nivel farmacológico si lo necesitan, mejorando así la calidad de vida e intentando disminuir posibles eventos cardiovasculares futuros.

DURACIÓN

La actividad se realizará a lo largo del año 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 - 2019/0416

1. TÍTULO

BIENESTAR MENTAL Y CORPORAL EN EL ADULTO

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE LAURA ORTIZ DOMINGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALIAGA
· Localidad ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ MOLINA EVA MARIA
LLERA BUESO GUILLERMINA
YUSTE PLUMED MARIA PILAR
GUILLEN GASCON SONIA
MARTINEZ LOZANO AGUSTIN
PEREZ LLERA MARCOS
MORA LILLO OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De Enero a Junio de 2019 se han impartido las clases de Yoga, la encargada de ello ha sido Olga Mora Lillo (maestra en el Centro de Educación de Personas Adultas). Con el fin de que la mayoría de la población de la zona tuviese acceso a estas clases, se programaron en diferentes poblaciones, días de la semana y horario: en Hinojosa de Jarque los martes a las 16:30h, en Cuevas de Almudén los martes a las 18:00h, en Aliaga los miércoles a las 19:30 y en Jarque de la Val los jueves a las 18h.

El día 22 de Marzo se realizaron las actividades en colaboración con el CRA Pablo Antonio Crespo de Aliaga, coincidiendo con una jornada de convivencia de los niños de todos los municipios pertenecientes al CRA. Se hicieron 2 talleres dividiendo a los alumnos por grupos de edad, por un lado los niños entre 3 y 6 años disfrutaron de un taller de primeros auxilios (RCP básica y OVACE) impartido por Laura Ortiz (Médica de Atención Primaria) y Guillermina Llera (Enfermera de Atención Primaria) y por otro lado a los niños de 6 a 12 años se les impartió un taller de "Higiene de manos" a cargo de Eva M^a Sánchez (Médica de Atención Primaria) y Sonia Guillén (Enfermera de Atención Continuada).

El día 11 de Abril de 2019 a las 16:00h se llevó a cabo una charla sobre "Uso y abuso de antibióticos", impartida por Laura Ortiz (Médica de Atención Primaria), intentado concienciar a la población de la importancia de un uso adecuado de los antibióticos y los riesgos que estamos asumiendo y empezamos a observar al no hacerlo. El taller estaba dirigido a toda la población de nuestra Zona Básica de Salud que estuviese interesada en el tema, se informó a través de carteles en edificios municipales y en los consultorios. Como creíamos que era un taller especialmente interesante para los padres y madres, hablamos con la directora del CRA (Elvira Aguilar) para que a cada niño se le diese una nota informativa referente al taller (horario, lugar de realización, tema a tratar...) que debían entregar en casa. El número de asistentes fue de 36 personas.

El 29 de Abril a las 17:00h se desarrolló un taller sobre "Higiene de manos" para población adulta, impartido por Eva M^a Sánchez (Médica de Atención Primaria) y Guillermina Llera (Enfermera de Atención Primaria), destacando la importancia de hacerlo y sobre todo hacerlo bien, explicando la técnica y llevando a cabo una actividad práctica.

El día 27 de Mayo a las 17:00h, se llevó a cabo el taller "Falsos mitos de la menopausia", impartido por Eva M^a Sánchez (Médica de Atención Primaria) y Guillermina Llera (Enfermera de Atención Primaria). Estaba dirigido a mujeres menopáusicas y premenopáusicas con el fin de explicar de una forma comprensible para la población los síntomas propios de esta fase, su manejo y tratamiento, resolver las dudas que las asistentes planteaban y compartir experiencias intentando dar un enfoque más dinámico y participativo.

Otra de las actividades organizadas dentro del proyecto fueron los talleres de "Alimentación saludable" impartido por Laura Ortiz (Médica de Atención Primaria) y M^a Pilar Yuste (Médica de Atención Primaria) y "Actividad física en edad adulta", impartido por Marcos Perez Llera (graduado en Actividad física, deportiva y Ciencias de la salud), centrado principalmente en ejercicios recomendados en pacientes con osteoporosis o riesgo de padecerla. Se llevaron a cabo el día 13 de Junio a las 16:00h con una duración aproximada de 1h y 30 minutos. El número de asistentes fue de 48, siendo sobre todo población de entre 40-80 años de edad de los municipios de la Zona básica de Salud.

El día 20 de Junio a las 17:00h, se llevó a cabo una marcha senderista partiendo desde Aliaga en dirección al barrio de Santa Barbara y de nuevo regreso a Aliaga, se planteó como actividad de fin de curso de la Escuela de Educación de personas Adultas con el fin de fomentar la actividad física a la vez que disfrutamos del Medio Ambiente y aprendamos a respetarlo. Después de la marcha se organizó una merienda saludable para todos los asistentes.

Las clases de Yoga se han llevado a cabo en locales pertenecientes al Ayuntamiento de cada uno de los municipios y cada uno de los asistentes llevaba el material necesario que consistía en una esterilla y ropa adecuada.

Para los talleres impartidos, nos han cedido el Salón de Actos del Ayuntamiento, donde disponemos de proyector, pantalla y micrófonos ya que los participantes en el proyecto han preparado presentaciones de Power Point como apoyo visual. Los talleres para niños se llevaron a cabo en las instalaciones del CRA Pablo Antonio Crespo de Aliaga donde también disponíamos de proyector y pantalla. Además para el taller de RCP y OVACE los niños debían traer un muñeco de casa para poner en práctica las nociones básicas transmitidas y para el de Higiene de manos contamos con la colaboración del Laboratorio Hartmann que nos facilitó el material necesario (lámpara y Sterillium) para su realización.

Las actividades se han llevado a cabo de Enero a Junio de 2019, ya que al ser un proyecto planteado en colaboración con la Escuela de Educación de Personas Adultas y el CRA Pablo Antonio Crespo lo ideal era que se hicieran de forma previa a la finalización del curso escolar y además desconocíamos si los equipos docentes se mantendrían a partir del mes de Septiembre.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0416

1. TÍTULO

BIENESTAR MENTAL Y CORPORAL EN EL ADULTO

El equipo sanitario del Centro de Salud de Aliaga realiza reuniones cada 15-30 días en las que, además de otros temas, se abordan cuestiones relacionadas con los proyectos de mejora de calidad. Con Olga Mora Lillo, mantuvimos una reunión en Diciembre de 2018 para darle forma al proyecto y concretar las actividades que lo compondrían y posteriormente cada 2 meses, manteniendo contacto telefónico para cualquier cuestión que surgiera. En Febrero, nos reunimos con la directora del CRA para concretar los temas de los talleres, material necesario y calendario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El grado de participación en las clases de yoga ha sido muy aceptable, teniendo en cuenta la demografía de la zona. En Aliaga asistían unas 15 personas, en Cuevas de Almudén 8, y en Hinojosa y Jarque unas 6 personas. La relación de asistentes por sexos era de 5 mujeres por cada hombre. El grado de satisfacción del alumnado era alto y que durante este curso escolar 2019-2020 es una actividad que se está desarrollando nuevamente a petición de la población.

A las asistentes al taller de "Falsos mitos de la Menopausia", que fueron 16, se distribuyó una encuesta de satisfacción para rellenar tras la actividad. Debían dar una puntuación de 1 (no satisfecha) a 10 (muy satisfecha) a los siguientes ítems.

1. La actividad me ha gustado: Un 81,25% lo puntuaron con un 10 y un 18,75% con un 9.
2. Material utilizado: Un 56,25% lo puntuaron con un 8, un 37,5% lo puntuaron con un 10 y un 6,25% con un 9.
3. Los ponentes explican con claridad: Un 100% lo puntuaron con un 10.
4. Los ponentes fomentan la participación: Un 75% lo puntuaron con 10, un 18,75% con un 9 y un 6,25% con un 8.
5. He adquirido conocimientos útiles: Un 68,75% lo puntuaron con un 10, un 25% con un 9 y un 6,25% con un 8.
6. Me gustaría que se hicieran más talleres de este tipo: Un 87,5% lo puntuaron con un 10 y un 12,5% lo puntuaron con un 9.
7. Si tiene alguna observación o interés en algún taller en particular háganoslo saber: Una persona comentó que el taller fue muy interesante. Dos personas nos mostraron interés en un taller sobre alimentación. La misma encuesta se distribuyó entre los asistentes al taller de "Higiene de manos", siendo estos 10, con los siguientes resultados: el ítem número 1 y 2 fue puntuado con 10 por el 80% de los asistentes y 8 con el 20%. El ítem 3, 4 y 5 fue puntuado con un 10 por el 80% y con un 9 por el 20% y el número 6 con un 10 por el 90% y un 8 por el 10%. Una persona respondió al ítem 7 interesándose por cualquier otro taller y en particular sobre memoria. El taller de "Alimentación saludable" y "Ejercicio físico en la edad adulta" se llevó a cabo en respuesta a las sugerencias de la población, que incluso se habían dado a conocer en alguna reunión del Consejo de Salud, por lo que la gente mostró su satisfacción y agradecimiento.

La valoración de los resultados de los talleres realizados en el colegio siempre se lleva a cabo por observación directa del personal docente que valoran modificación de hábitos y adquisición de conocimientos ya que todo ello se trabaja también en las clases. Nos transmiten que los niños tienen más en cuenta la higiene de manos antes del almuerzo, por ejemplo, y tienden a hacerla de una forma más exhaustiva. También valoran de forma positiva que los niños conocen que ante una emergencia hay que llamar al 112 o han preguntado en sus casas cual es su dirección. Hemos observado que el nivel de aprovechamiento de los servicios es mucho mayor en el sexo femenino con una relación de 4-5:1 en las diferentes actividades.

En cuanto al indicador de "Diferencia de hábitos alimentarios entre ambos sexos", llama la atención que en general el sexo femenino realiza una dieta más equilibrada, pero nuestra población tiene tendencia a la obesidad con un 50,5% con IMC 25-30 (siendo mujeres un 55,3% y varones un 44,7%) y un 36,5% con IMC > 30 (mujeres 55,8% y varones 44,2%) y como puede observarse ésta es más prevalente en mujeres. Habría que buscar el motivo pero probablemente esté en relación con una menor actividad física aunque sería un dato a analizar en profundidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general, el equipo está muy satisfecho del trabajo realizado, se han podido llevar a cabo diferentes actividades comunitarias, dirigidas a diversos grupos de población, con una gran respuesta y aceptación de cada una de ellas y con el interés de la población en que se sigan realizando.

El proyecto se lleva a cabo con escasos recursos de fácil acceso y además contamos con el apoyo de entidades públicas de la zona, lo que hace de éste un proyecto sostenible y con gran posibilidad de replicación. Dado que nuestro centro se encuentra en una zona rural es muy fácil mantener una comunicación fluida con nuestros pacientes, por lo que conocemos sus inquietudes y podemos ofertar actividades en respuesta a sus sugerencias. En general hemos cumplido con los objetivos planteados al inicio de este proyecto, incluso finalmente se han llevado a cabo más actividades de las que en un principio se plantearon. Podemos destacar un aspecto que ha quedado pendiente y es la evaluación de uno de los indicadores que propusimos: "Descenso en el número de consultas por temas fisiológicos y emocionales relacionados con la menopausia", ya que nos ha resultado imposible plantear una forma adecuada de registro y análisis, así como obtener un valor de referencia para contrastarlos.

Por último, destacar que todas estas actividades y muchas otras están recogidas en la Agenda Comunitaria del Centro de Salud de Aliaga que figura dentro de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón desde el mes de Septiembre de 2019. Se ha llevado a cabo para dar visibilidad a la implicación tanto de la población de la zona como de todo el equipo sanitario del Centro de Salud en temas de atención comunitaria y promoción de la salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/416 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0416

1. TÍTULO

BIENESTAR MENTAL Y CORPORAL EN EL ADULTO

Nº de registro: 0416

Título
BIENESTAR MENTAL Y CORPORAL EN EL ADULTO

Autores:
ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, LLERA BUESO GUILLERMINA, YUSTE PLUMED MARIA PILAR, MARTINEZ LOZANO AGUSTIN, GUILLEN GASCON SONIA, PEREZ LLERA MARCOS, MORA LILLO OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención comunitaria: control emociones, menopausia...
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tanto el personal sanitario del centro de salud como la maestra de Educación de Adultos del centro de Aliaga, hemos observado determinados problemas, dudas o preocupaciones que afectan a nuestra población y nos hemos planteado desarrollar actividades de forma conjunta, basándonos en las motivaciones de la gente, con el fin de dotarles de las herramientas necesarias para su control. Debido a que abarcamos una población tan variada en lo que a inquietudes se refiere, hemos de plantear actividades muy diversas. Las diferentes situaciones sobre las que queremos actuar se detallan a continuación:

1. Carencia de conocimientos en relación con los trastornos fisiológicos asociados a la menopausia.
2. Dificultad a la hora de controlar las emociones y carencia de habilidades para su resolución.
3. Tendencia al sedentarismo que unido a una alimentación inadecuada se asocia con sobrepeso y obesidad, hemos observado entre nuestros pacientes una prevalencia importante de sobrepeso.
4. Nos encontramos en un entorno con inviernos duros, tendencia a la despoblación... se debe fomentar la oferta de actividades que consigan que nuestros pacientes se relacionen, eviten la soledad y tengan una vida más activa.

RESULTADOS ESPERADOS

Los receptores serán adultos de ambos sexos mayores de 16 años y alumnos de la Escuela de Adultos de la zona.

OBJETIVOS:

Reducir el estrés en la población y lograr un adecuado equilibrio emocional sin intervención farmacológica
Eliminar los falsos mitos creados en torno a la menopausia
Promover la actividad física y el respeto al Medio Ambiente
Conocimiento de la dieta Mediterránea y su aplicación en la alimentación diaria
Promover vida activa evitando el sedentarismo

MÉTODO

Talleres de yoga 1 día a la semana en las diferentes poblaciones de la zona impartido por maestra de adultos.
Excursiones por diferentes entornos de la zona en el último trimestre del curso.
Taller de alimentación saludable a cargo del equipo sanitario del Centro de Salud en el tercer trimestre del curso.
Mesa Redonda: "Falsos mitos de la Menopausia", llevada a cabo por equipo sanitario del Centro de Salud.
Ejercicios destinados a la prevención de osteoporosis y sus consecuencias impartidos por un graduado en Actividad Física, Deportiva y Ciencias de la Salud.

INDICADORES

Evaluación inicial mediante encuesta para valorar los conocimientos previos y expectativas en lo que a alimentación, control de emociones, menopausia y actividad física se refiere.
Encuesta final para evaluar resultados.
Diferencias en hábitos alimentarios entre ambos sexos.
Nivel de aprovechamiento de los servicios por sexo.
Descenso en el número de consultas por temas fisiológicos y emocionales relacionados con la menopausia.

DURACIÓN

De Enero a Diciembre de 2019.
Reunión del equipo sanitario 1 vez al mes.
Reunión con maestra de adultos cada 2 meses.
Taller de Alimentación saludable en el mes de Abril.
Mesa redonda: "Falsos mitos de la Menopausia" en el mes de Junio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0416

1. TÍTULO

BIENESTAR MENTAL Y CORPORAL EN EL ADULTO

OBSERVACIONES

Se contará con el apoyo de la maestra de educación de adultos, personal sanitario y graduado en Actividad física, deportiva y Ciencias de la 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 - 2016/0059

1. TÍTULO

CONTROL DE LA TEMPERATURA DE LA NEVERA DE VACUNAS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE GEMMA REDOLAR CHASENAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BAGUENA
· Localidad BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERRADO SERRANO ASUNCION
GRACIA MALO CRISTINA
GRACIA FERREIRA ERIKA
EZPELETA FERNANDEZ FERNANDO JAVIER
MARRUEDO MANCEBO ISABEL
CARBO ROSELLO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Una vez elegido el proyecto sobre el que íbamos a trabajar por la persona responsable del proyecto, se solicitó la colaboración de los miembros del centro de salud que desearan participar en el mismo y se realizó el reparto de tareas. Este proyecto se ha llevado a cabo desde el año 2016, por lo que los componentes del equipo han ido variando, quedando finalmente como ha quedado reflejado anteriormente.

CRONOGRAMA

MARZO 2016: formación del equipo, enumeración de las actividades necesarias para su desarrollo y asignación de tareas. En principio se creó una hoja con sistema de checking que debía ser rellenada por cada uno de los miembros que prestan servicios durante la atención continuada. Como consecuencia del cambio de personal se decidió mantener la recogida de datos mediante la gráfica mensual de temperaturas. Hasta ese momento sólo recogían los datos de lunes a viernes, a partir de marzo del 2016 la recogida paso a ser diaria.

ABRIL 2016: Se elaboró un cartel con las medidas a adoptar en caso de una avería de la nevera o un corte de luz prolongado. (Anexo 2) Se colocó dicho cartel en la nevera para que estuviese a disposición y conocimiento de toda aquella persona que desempeñase su labor durante la atención continuada.

Se realizó una sesión informativa al grupo de profesionales que habitualmente trabajaban en la atención continuada para informarles del trabajo que se estaba llevando a cabo y se presentaron las recomendaciones de la AEP (Asociación Española de Pediatría) en cuanto al almacenamiento, transporte y conservación de las vacunas (Anexo 3)

DICIEMBRE 2016: Se realizó el primer estudio sobre el impacto de las medidas adoptadas (cartelería y recogida de datos).

ENERO 2017: Se realizó un estudio final sobre los datos obtenidos hasta el momento y se elaboró un informe, que posteriormente fue presentado a los miembros del centro de salud, así como remitido a la dirección de Atención Primaria del Sector Teruel.

Así mismo, se decidió que el estudio lo prorrogaríamos hasta agosto de 2017, ya que se iban a producir nuevas incorporaciones de personal y podíamos cambiar las recomendaciones a seguir en el caso de que se produjese una nueva avería.

Contactamos con la dirección de la Residencia de la Cruz Blanca de Burbáguena. Ellos disponen de generadores de combustible (gasoil), por lo que son capaces de generar electricidad ante un corte prolongado de suministro. Se acordó con ellos que en el caso de una avería importante nos reservarían una nevera para el almacenamiento de sus vacunas. En dicha nevera disponen de termómetro para el control y posterior registro de las temperaturas.

AGOSTO 2017: Se concluye la recogida de datos.

SEPTIEMBRE 2017: Se elabora nueva cartelería para su colocación en el frontal de la nevera. (Anexo 4). Los Anexos 1, 2 y 3 ya fueron enviados con el informe remitido a Teruel el 30 de enero del 2017.

DICIEMBRE 2017: Se presenta ante el equipo del centro de salud las conclusiones del estudio y las recomendaciones a seguir ante una eventualidad.

FEBRERO 2018: Se envía el informe final del estudio a la dirección de sector Teruel para su estudio y evaluación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO, SU SEGUIMIENTO Y CONCLUSIONES

Este proyecto se ideó ante la falta de control y revisión de la temperatura de la nevera de vacunas durante la atención continuada. Hasta el momento en que se puso en marcha el proyecto, la revisión era llevada a cabo de lunes a viernes por la mañana por la persona responsable de las vacunas en el centro de salud.

En el resto de días y horarios quedaba a criterio del profesional que estuviese trabajando el controlar y registrar la temperatura.

Además hay que resaltar que estamos ubicados en una zona en la que al menos 3 ó 4 veces al año se producen cortes eléctricos, especialmente en el invierno, dícese del momento más crítico del año, ya que suele coincidir con el período de vacunación de la gripe y con mayor rotación de personal debido a los períodos vacacionales (Navidades).

En cuanto a este proyecto, el cumplimiento del registro ha alcanzado un porcentaje superior al 96%, resultado obtenido de la aplicación de los 2 indicadores utilizados para la cuantificación de la labor realizada y grado de cumplimiento de la misma (los indicadores seleccionados ya fueron enviados en el informe del 30 de enero del 2017, se ha continuado con los mismos). A pesar de los cortes de luz que ha habido durante el desarrollo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0059

1. TÍTULO

CONTROL DE LA TEMPERATURA DE LA NEVERA DE VACUNAS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA

del proyecto no ha sido preciso hacer uso de las alternativas desarrolladas para asegurar el correcto almacenamiento de las vacunas. Durante este período hemos cambiado en 2 ocasiones los termómetros, pasando de usar el modelo de mercurio a uno digital, lo cual ha facilitado la lectura.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

La elaboración de este proyecto ha servido para concienciar a todo el personal de la importancia de revisar durante la atención continuada, no solamente la nevera de vacunas, si no de todo el material y aparatos que se albergan en la sala de urgencias (véase desfibrilador, electrocardiógrafo, balas de oxígeno, etc...). Hemos actualizado los conocimientos sobre las vacunas, transporte, almacenaje y conservación mediante una sesión clínica, con una buena valoración por parte de los profesionales. A raíz de este proyecto hemos encontrado una oportunidad de mejora en el control de los elementos anteriormente citados, mediante una hoja de check control, que será incluida en el próximo proyecto de mejora. También ha servido para plantearnos desarrollar un proyecto de manual de acogida para los nuevos profesionales que se van incorporando al centro, pues la rotación en los dos últimos años ha sido elevada y se espera que lo siga siendo en los siguientes años. Finalmente añadir que este proyecto ha sido un reto personal por ser la primera vez que he coordinado un proyecto de mejora, el cual no podría haberse desarrollado sin la activa colaboración de todos los integrantes del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

. En la copia de la Memoria Final, que ha sido archivada en el centro, disponemos de las tablas y gráficos usados para plasmar la consecución de los objetivos en base a los indicadores empleados.

Se adjunta Anexo 4 (nueva cartelería)

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE AVERÍA O CORTE DE LUZ

- 1- SI PASADAS 3 HORAS NO SE HA SOLUCIONADO EL PROBLEMA, PARA INTENTAR MANTENER LA TEMPERATURA ÓPTIMA EN LA NEVERA, SE INTRODUCIRÁN LAS ACUMULADORES DE FRÍO QUE ES ENCUENTRAN EN EL CONGELADOR DE LA NEVERA DE LA COCINA.
- 2- SI EN EL TERMÓMETRO DIGITAL SE REGISTRA UNA TEMPERATURA MAYOR O IGUAL A 20ºC MÁS DE 8H, SE CONTACTARÁ CON LA RESIDENCIA DE LA CRUZ BLANCA DE BURBAGUENA PARA PROCEDER AL TRANSPORTE DE LAS VACUNAS A DICHO CENTRO.
. RESIDENCIA DE LA CRUZ BLANCA 978 733 216 / 978 733 324
- 3- EN CASO DE NO PODER TRASLADAR LAS VACUNAS A LA RESIDENCIA DE LA CRUZ BLANCA, SE CONTACTARÁ CON LOS CENTROS DE SALUD MÁS CERCANOS
. CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA 978 731 014 . CENTRO DE SALUD DE DAROCA 976 800 928
- 4- EN CASO DE NO PODER TRASLADAR LAS VACUNAS A OTROS CENTROS DE SALUD AVISAR A:
. DE LUNES A VIERNES DE 8 A 15H: 978 641 157 (Pilar Rubio. Salud Pública) . A PARTIR DE LAS 15H, FINES DE SEMANA Y FESTIVOS: 679 846 726

*** ===== Resumen del proyecto 2016/59 ===== ***

Nº de registro: 0059

Título
CONTROL DE LA TEMPERATURA DE LA NEVERA DE VACUNAS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA

Autores:
REDOLAR CHASENAS GEMMA, CORBATON HERRERO JOSEFINA, GRACIA FERREIRA ERIKA, OLORIZ RUIZ INES, TERRADO SERRANO ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

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
Como consecuencia de un corte del suministro eléctrico, en horario de atención continuada, observamos la necesidad de mantener un registro más pormenorizado de la temperatura de la nevera, dada la importancia y la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0059

1. TÍTULO

CONTROL DE LA TEMPERATURA DE LA NEVERA DE VACUNAS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA

repercusión económica que una avería o corte puede llegar a ocasionar (Fallo producido el 27/02/2016 de las 9.45 a las 17.30, la nevera llegó a alcanzar los 16°C)

RESULTADOS ESPERADOS

Control de la temperatura de la nevera de vacunas durante el horario de atención continuada.

MÉTODO

Se ha creado una hoja con sistema de "check", que debe ser rellenada por cada uno de los miembros que prestan sus servicios durante la atención continuada. Un miembro del equipo se responsabiliza de recoger dichas hojas, verificarlas y guardarlas. Una de las actividades que viene recogida en la hoja de control es el control y registro de la temperatura de la nevera de vacunas.

INDICADORES

Número de lecturas realizadas durante el mes /Número de días del mes

Número de meses con registro diario/nº de meses en los que se desarrolla el proyecto de mejora

DURACIÓN

Marzo 2016-Diciembre 2016

Semanalmente se realiza la recogida y verificación de los datos de la hoja de control.

Mensualmente se recoge y verifica la hoja de control de la temperatura de la nevera de vacunas

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 - 2016/1213

1. TÍTULO

MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA A LOS QUE SE LES HAYA REALIZADO UN ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR GONZALVO HERNANDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BAGUENA
· Localidad BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REMARTINEZ VILELLA JOSE LUIS
TERRADO SERRANO ASCENSION
OLORIZ RUIZ INES
CORBATON HERRERO JOSEFINA
GUTIERREZ ANDRES ALEJANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se organizó una primera reunión del equipo del CS Bágüena el 6 de Abril de 2017 para fijar los objetivos del proyecto. Se hizo un recuento inicial de los pacientes que tenían realizado y registrado un ECG en el protocolo de HTA en los últimos 5 años, obtenido a partir de los listados de OMI-AP, una vez depurados de pacientes exitus y desplazados.

Se contactó con los pacientes a los que les faltaba el ECG para concertar cita y realización del mismo.

Se realizó una segunda reunión el día 19 de Septiembre de 2017 para comprobar el desarrollo del programa, anotando los resultados del periodo correspondiente de Abril a Septiembre.

En una tercera reunión, al final del proyecto, se reagruparon los datos de todos los miembros del equipo, extrayendo de los mismo la conclusión final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Comenzamos el estudio en Abril de 2017 con un porcentaje de pacientes con un ECG realizado del 66,6%, de un total de 267 pacientes hipertensos.

En la segunda reunión realizada en Septiembre de 2017 se había conseguido un porcentaje del 82%.

En la reunión final de análisis de resultados obtenemos un porcentaje del 91,4% de pacientes hipertensos con ECG realizado y registrado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la finalización de este proyecto hemos conseguido mejorar la cobertura de pacientes hipertensos que tienen un ECG realizado e informado en los últimos 5 años en un 24,8%.

Consideramos que debemos continuar trabajando en esta línea para mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1213 ===== ***

Nº de registro: 1213

Título
MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA A LOS QUE SE LES HAYA REALIZADO UN ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

Autores:
GONZALVO HERNANDO PILAR, REMARTINEZ VILELLA JOSE LUIS, TERRADO SERRANO ASCENSION, OLORIZ RUIZ INES, CORBATON HERRERO JOSEFINA, GUTIERREZ ANDRES ALEJANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: HIPERTENSION
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 - 2016/1213

1. TÍTULO

MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA A LOS QUE SE LES HAYA REALIZADO UN ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

PROBLEMA

SE HA DETECTADO LA PRESENCIA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LOS QUE NO CONSTA LA REALIZACION DE E.C.G EN SU PLAN PERSONAL, REVISANDO LAS HISTORIAS SE OBSERVA QUE AUNQUE SI CONSTA LA REALIZACION DE UN E.C.G EN EL PROTOCOLO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA,EL RESULTADO DEL MISMO SE SUELE ANOTAR EN TEXTO LIBRE Y NO SE UTILIZA EL PROTOCOLO CORRESPONDIENTE DE E.C.G POR LO QUE LOS DATOS NO QUEDAN GRABADOS

RESULTADOS ESPERADOS

MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EL EL C.S. DE BAGUENA EN LOS QUE CONSTA QUE SE HA REALIZADO UN E.C.G. EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

MÉTODO

1-REALIZAR REUNION DE EQUIPO INFORMANDO DEL PROYECTO,RECORDANDO LA FORMA CORRECTA DE ANOTAR EL E.C.G. EN EL PROTOCOLO CORRESPONDIENTE DE OMI
2-REVISAR LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDAN A CONSULTA Y REALIZAR UN E.C.G.EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE NO CONSTE SU REALIZACION,ANOTANDO LOS RESULTADOS EN EL PROTOCOLO OMI CORRESPONDIENTE
3-CONOCER LA COBERTURA ACTUAL DE DICHO REGISTRO

INDICADORES

PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS DE C.S. DE BAGUENA EN LOS QUE CONSTA QUE SE HA REALIZADO UN E.C.G. EMLOS ULTIMOS CINCO AÑOS
REALIZACION DE DOS REUNIONES DEL EQUIPO PARA SEGUIMIENTO DEL PROYECTO

DURACIÓN

DESDE 1-04-2017 A 31-12-2017
REUNION DE EQUIPO PARA INFORMAR DEL PROYECTO EN ABRIL 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 - 2016/1241

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA MEDIANTE HIGIENE BUCODENTAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR Y DESAYUNO SALUDABLE

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE INES OLORIZ RUIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BAGUENA
· Localidad BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALVO HERNANDO PILAR
TERRADO SERRANO ASCENSION
CORBATON HERRERO JOSEFINA
REMARTINEZ VILELLA JOSE LUIS
GUTIERREZ ANDRES ALEJANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Todos los componentes del proyecto realizamos una búsqueda de material para preparar la actividad del colegio, seleccionando, mediante consenso, los elementos mas indicados para este proyecto educativo. Posteriormente se preparó la presentación, realizando por nuestra parte material de manera manual y artística, para facilitar la comprensión y captar la atención de los alumnos en el aspecto de la higiene bucodental, y presentando la pirámide alimenticia y varios tipos de dieta en el punto de los desayunos saludables. Conseguimos folletos educativos y cepillos de dientes como material de apoyo para entregar a los alumnos. Nos pusimos en contacto con el director CRA "El Poyo del Cid" para establecer una fecha para la charla educativa, pero debido al cambio de varios profesionales de nuestro EAP, y específicamente a dos componentes de este proyecto, a fecha de hoy, no hemos concretado día para este proyecto educativo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tenemos el material preparado: muñecos de guiños, material educativo y material de apoyo. Tenemos contacto con el personal docente y directivo del CRA "El Poyo del Cid", pero dado que no hemos podido realizar la actividad educativa a fecha de hoy, por las incidencias anteriormente comentadas, no tenemos los resultados de los indicadores definidos en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La adquisición de unos buenos hábitos de higiene bucodental son imprescindibles para la prevención de caries y resto de enfermedades bucodentales. Asimismo, aprender a preparar un desayuno saludable, procurará los nutrientes y la energía necesaria para la actividad escolar de nuestros niños. Inculcar estos hábitos desde la edad escolar mejorará la salud de la población infantil y contribuirá a la prevención de enfermedades como la hipertensión, diabetes y obesidad, actualmente de prevalencia creciente, con especial incidencia en la obesidad infantil. Sin olvidarnos del consiguiente aumento del gasto sanitario que conllevan estas patologías. Por todo ello queremos continuar con la realización de este proyecto, enmarcándolo dentro del ámbito de actividades comunitarias y programando su conclusión antes del mes de junio de 2018 e ir repitiéndolo en los siguientes cursos escolares.

7. OBSERVACIONES.

Habría una variación en los integrantes del proyecto que expongo a continuación:

Responsable: RUBIO GUTIÉRREZ ISABEL. MÉDICO. CS BÀGUENA. ATENCIÓN PRIMARIA.

Otros componentes:

OLÓRIZ RUIZ INES, ENFERMERA. CS BÀGUENA. ATENCIÓN PRIMARIA.

TERRADO SERRANO ASCENSION. ENFERMERA. CS BÀGUENA. ATENCIÓN PRIMARIA.

CORBATÓN HERRERO JOSEFINA. ENFERMERA. CS BÀGUENA. ATENCIÓN PRIMARIA.

GUTIÉRREZ ANDRES ALEJANDRA. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CS BÀGUENA. ATENCIÓN PRIMARIA.

SERRANO MORENO ANA CRISTINA. MÉDICO. CS BÀGUENA. ATENCIÓN PRIMARIA.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1241 ===== ***

Nº de registro: 1241

Título
EDUCACION SANITARIA EN COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA MEDIANTE HIGIENE BUCODENTAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DESAYUNO SALUDABLE

Autores:

OLORIZ RUIZ INES, GONZALVO HERNANDO PILAR, TERRADO SERRANO ASCENSION, CORBATON HERRERO JOSEFINA, REMARTINEZ VILELLA JOSE LUIS, GUTIERREZ ANDRES ALEJANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1241

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA MEDIANTE HIGIENE BUCODENTAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR Y DESAYUNO SALUDABLE

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CARIES-NUTRICIONAL
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
IMPORTANCIA DE LA ADQUISICION DE UNOS BUENOS HABITOS DE HIGIENE BUCODENTAL EN LA PREVENCION DE CARIES Y RESTO DE ENFERMEDADES BUCODENTALES
IMPORTANCIA DEL DESAYUNO SALUDABLE

RESULTADOS ESPERADOS
-DIRIGIDO A TODA POBLACION EN EDAD ESCOLAR,DE 3 - 14 AÑOS QUE ESTE ESCOLARIZADA EN EL C.P. DE BAGUENA
-FAVORECER LAS ACTITUDES POSITIVAS DE LOS NIÑOS HACIA EL CEPILLADO DENTAL.ASI COMO SU CORRECTO CEPILLADO DENTAL
-TRUCOS PARA UN DESAYUNO SALUDABLE,FRUTAS,LACTEOS,CEREALES

MÉTODO
-REALIZACION DE UN GUIÑOL CON MUÑECOS REPRESENTATIVOS DE LOS DIENTES Y EL CEPILLO,PARA -EXPLICAR COMO SE REALIZA EL CORRECTO CEPILLADO DE LOS DIENTES,FRECUENCIA,ENFERMEDADES...
-PRESENTACION SOBRE LAS PARTES DEL DIENTE,CEPILLADO,ALIMENTACIÓN ADECUADA
-ENTREGA DE UN CEPILLO DIENTES A CADA NIÑO,JUNTO CON MATERIAL INFORMATIVO DE LOS PUNTOS MAS IMPORTANTES EXPLICADOS
-COMBINAR LOS ALIMENTOS PARA DESAYUNAR

INDICADORES
100% ASISTENCIA DE LOS NIÑOS,IMPLICACION DEL PERSONAL DOCENTE
INFORMACION PARA LOS PADRES DEL PROGRAMA PABIJ

DURACIÓN
UNA SESION EN EL C.P.DE BAGUENA,PREVIO ACUERDO CON EL PERSONAL DOCENTE
FECHA PREVISTA JUNIO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0228

1. TÍTULO

ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE INES OLORIZ RUIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BAGUENA
· Localidad BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TERRADO SERRANO ASCENSION
CORBATON HERRERO JOSEFINA
SERRANO MORENO ANA CRISTINA
RUBIO GUTIERREZ ISABEL
BERNAL ASENSIO ANA ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar, nos pusimos en contacto con la directora del colegio público de Báguena, proponiéndole esta actividad educativa, y, ante su aceptación, concretamos fecha para la realización en mayo. Durante marzo y abril preparamos el material. Por un lado, contactamos con varios odontólogos, que nos dejaron maquetas de dentaduras y cepillos de dientes gigantes para que los niños pudieran practicar. También nos regalaron unos kits dentales consistentes en pasta de dientes, cepillo y un pequeño baúl para "el ratoncito Pérez". Preparamos una presentación para la actividad con contenidos adecuados para niños, trabajando tres aspectos fundamentales: cepillado de dientes, lavado de manos y desayunos saludables. Estas presentaciones constaban de unas explicaciones básicas con mucho documento gráfico, acompañadas de canciones y dibujos animados sobre el tema, para captar su atención. También buscamos material en papel, consistente en dibujos y fichas para pintar, consejos sobre alimentación saludable, información sobre el "Programa de atención bucodental infantil y juvenil"(PABIJ) y los dentistas adheridos al programa más cercanos. Compramos alimentos de plástico para hacer un taller con los niños sobre desayunos saludables. La actividad se realizó en dos sesiones. El primer día abordamos el tema de cepillado correcto de dientes y lavado de manos. Comenzamos con material audiovisual. Primero apuntes básicos sobre la manera correcta del cepillado de dientes y lavado de manos, complementado con unos dibujos animados sobre la producción de caries y otros sobre el lavado de manos, remarcando la importancia de hacerlo correctamente para evitar la transmisión de enfermedades. Terminamos con un taller, utilizando las maquetas dentales y los cepillos de dientes, practicando el correcto cepillado dental. Para finalizar repartimos información sobre el PABIJ, y dimos fichas con dibujos sobre el tema para reforzar la actividad. El segundo día tratamos el tema de los desayunos saludables, explicamos la pirámide alimenticia, hablamos de alimentos saludables y no saludables y los problemas que podía producir una mala alimentación en la edad adulta. Seguidamente organizamos un taller con platos y alimentos de plástico. Cada alumno tenía que elegir alimentos para preparar su propio desayuno saludable y, entre todos, íbamos comentando los errores y corrigiéndolos. Para finalizar la actividad pasamos una encuesta con cuatro preguntas muy sencillas entre los alumnos, para explorar los conocimientos adquiridos y el grado de satisfacción. Como despedida les regalamos un kit dental a cada alumno.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El primer día asistieron el 90% de los niños y el segundo día el 100% (Estándar 100%)
Las ausencias el primer día fueron por enfermedad por lo que consideramos que hemos obtenido el resultado correcto.
Respecto a la encuesta de satisfacción, a un 87,5% cree que a partir de ahora se lavará mejor y con más frecuencia los dientes, un 100% opinan que han aprendido a preparar un desayuno sano, a un 100% le ha gustado la actividad y un 100% querría que se repitiese.
Creemos que hemos mejorado sus conocimientos para adquirir mejores hábitos de higiene bucodental, previniendo caries y resto de enfermedades bucodentales; mejorado la técnica de lavado de manos para prevenir contagios; y los hemos concienciado de la necesidad de llevar una alimentación sana, confiriendo una especial importancia al desayuno, que mejorará los nutrientes y la energía necesaria para su actividad escolar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que la actividad ha sido satisfactoria tanto por parte del equipo como por parte del alumnado y profesorado. Con esta actividad conseguimos cambiar hábitos erróneos por saludables. Asimismo hemos conseguido un acercamiento entre los profesionales de la salud y el centro educativo para realizar otros proyectos.
Como disponemos de todo el material, continuaremos dando estas sesiones educativas en los siguientes cursos. Consideramos que es perfectamente sostenible y replicable.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0228

1. TÍTULO

ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/228 ===== ***

Nº de registro: 0228

Título
ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA

Autores:
OLORIZ RUIZ INES, TERRADO SERRANO ASCENSION, CORBATON HERRERO JOSEFINA, SERRANO MORENO ANA CRISTINA, RUBIO GUTIERREZ ISABEL, BERNAL ASENSIO ANA ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades Preventivas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la Salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La adquisición de unos buenos hábitos de higiene bucodental son imprescindibles para la prevención de caries y resto de enfermedades bucodentales. Asimismo, aprender a preparar un desayuno saludable, procurará los nutrientes y la energía necesaria para la actividad escolar de nuestros niños. Inculcar estos hábitos desde la edad escolar mejorará la salud de la población infantil y contribuirá a la prevención de enfermedades como la hipertensión, diabetes y obesidad, actualmente de prevalencia creciente, con especial incidencia en la obesidad infantil. Sin olvidarnos el consiguiente aumento del gasto sanitario que conllevan estas patologías. Continuando con una línea iniciada el año anterior, queremos transmitir estos hábitos a los niños del colegio público de Báguena, perteneciente al CRA "El Poyo del Cid", de una manera didáctica y divertida, enmarcándola dentro del ámbito de actividades comunitarias de nuestro centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Va dirigido a la población de entre 3 y 12 años escolarizada en el colegio público de Báguena, perteneciente al CRA "El Poyo del Cid".
Queremos conseguir la adquisición de unos buenos hábitos de higiene bucodental en esta población, así como inculcarles la importancia para su salud de un desayuno saludable, proporcionarles herramientas y trucos para realizarlo de una manera sana y divertida, y promover su mantenimiento en el tiempo reforzando conductas. .

MÉTODO
Contactar con la directiva del colegio público de Báguena, para concretar fecha para la realización de la actividad educativa.
Realización de muñecos y figuras representativos de los dientes y el cepillo, para explicar como se realiza el correcto cepillado de los dientes y hablarles de las enfermedades bucodentales más frecuentes en los niños.
Entregar un kit con cepillo y pasta de dientes y practicar el lavado dental con ellos. Información sobre el "Programa de atención bucodental infantil y juvenil" (PABIJ).
Presentación de la pirámide alimenticia y como combinar los distintos alimentos para realizar un desayuno saludable.
Entrega de información escrita a los alumnos sobre estos aspectos.
En un plazo de 15-30 días, pactar una nueva sesión, para valorar los hábitos adquiridos por los escolares y reforzar conductas.

INDICADORES
Alumnos asistentes/ alumnos totales x100. Objetivo: 100%
Encuesta de satisfacción a los alumnos y a los docentes asistentes a la actividad.

DURACIÓN
En el mes de Marzo y Abril preparar, entre todos los miembros del proyecto, los materiales necesarios para su realización (muñecos, figuras de dientes y alimentos, información escrita, kit dental, ...)
Durante el mes de Abril ponernos en contacto con la dirección del centro para acordar las fechas de las dos sesiones previstas.
En Mayo realizar la actividad docente con los alumnos y profesorado del colegio público de Báguena.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0228

1. TÍTULO

ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA

A los 15-30 días realizar una segunda sesión para explorar los conocimientos adquiridos y reforzar hábitos. Posteriormente entregar una encuesta de satisfacción a los alumnos y profesorado asistente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0230

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL RUBIO GUTIERREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BAGUENA
· Localidad BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OLORIZ RUIZ INES
MARRUEDO MANCIBO ISABEL
GRACIA MALO CRISTINA
BERNAL ASENSIO ANA ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Iniciamos el proyecto en abril, con una reunión de los componentes, según cronograma previsto, en la que nos planteamos cual sería el material imprescindible con el que transmitir a los pacientes la información necesaria para la solicitud de cita previa en el Centro de Salud de Báguena, teniendo en cuenta que la población que atendemos es, principalmente, de edad muy avanzada y muchos viven solos. Dadas las características de la población, consideramos, tanto por medicina como por enfermería, que la mejor vía de comunicación era verbal, dando solución inmediata a todas sus dudas y temores, y con el apoyo de material gráfico. Por un lado, hicimos carteles informativos, unos en los que constaba el teléfono del centro y el horario para llamar y solicitar cita, y otros en los que informábamos de los pasos a seguir para realizar el trámite de asignación de médico en pacientes desplazados en la zona de salud, ya que durante la época estival acude un importante número de personas de otras comunidades autónomas, que, en la mayoría de ocasiones, no tenían un registro óptimo de la asistencia por no realizar el procedimiento adecuado. Asimismo realizamos pequeñas tarjetas en papel, basadas en un modelo que se nos proporcionó desde dirección médica, con los datos imprescindibles para solicitar cita: número de teléfono del centro y horario de llamada. Para la recogida de datos del proyecto creamos una plantilla, de tal manera que quedase reflejado el número de pacientes sin cita previa, con cita previa, el total, y las incidencias que fueran surgiendo. Estas plantillas serían mensuales, y los datos se recogerían diariamente, tanto por medicina como por enfermería, y en cada uno de los consultorios. Se decidió, en esa primera reunión, que se realizaría el registro únicamente de la consulta de demanda.

Tras establecer estos parámetros, explicamos el proyecto al resto de componentes del equipo, pidiendo su colaboración para la recogida de datos, y comenzamos a mitad de abril con el sistema de cita previa. Colocamos los carteles de manera muy visible en todos los consultorios adscritos al C.S. Báguena (8 en total), repartimos tarjetas informativas a los pacientes que acudían a consultas y todo el personal que trabaja en el Equipo de Atención Primaria de Báguena fue solucionando amablemente las dudas y cuestiones que surgían entre los pacientes. De mayo a octubre de 2018 realizamos la recogida de datos en la plantilla creada a tal efecto. A final de junio, nos volvimos a reunir para valorar la evolución del proyecto y resolver dudas. Sorprendentemente, a pesar de la longevidad de nuestra población, la adaptación al nuevo sistema desde un inicio fue muy favorable. Detectamos pequeños despistes en la hoja de recogida de datos e insistimos en la necesidad de la realización correcta. En noviembre, la responsable del proyecto se encargó de recopilar todas las plantillas, para posteriormente, entre los componentes del proyecto, completar datos, analizarlos y obtener las conclusiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras analizar todas las hojas de registro de datos creadas, donde constan los pacientes que han acudido con cita previa, sin cita previa y el total, así como el registro de incidencias, tanto en consulta de medicina como de enfermería, en cada consultorio local, con registro diario y obtenido mensualmente, en el periodo entre mayo y octubre de 2018 (en total 96 hojas de registro de datos), hemos obtenido estos resultados:

--Porcentaje de pacientes que solicitan cita previa (nº pacientes que acuden a consulta con cita previa/nº pacientes que acuden a consulta de demanda x100) en un periodo de 6 meses: 72% (Estándar 80-90%)
Si analizamos este dato por categorías: en consulta de enfermería obtenemos un 56%; en consulta de medicina obtenemos un 77%.

Como se puede observar no alcanzamos el estándar marcado. Sólo hemos obtenido un 80% de cita previa en los meses de septiembre y octubre en la consulta de medicina. En el resto de los casos son inferiores al estándar.

--Incremento bimensual % pacientes que acuden a consulta de demanda con cita previa (Estándar 50%)
mayo-junio: 67,6%--julio-agosto: 72%(+4,4%)--septiembre-octubre:75%(+ 3%)

En consulta de enfermería: mayo-junio: 43%--julio-agosto:63%(+ 20%)--septiembre-octubre:58%(-5%).

En consulta de medicina: mayo-junio:75%--julio-agosto:75%(+ 0%)--septiembre-octubre:80%(+5%)

En este indicador tampoco alcanzamos el estándar.

Analizando estos porcentajes, creemos que marcamos unos estándares altos desde el desconocimiento, ya que no encontramos datos de estudios previos que nos orientasen. También creemos que subestimamos a la población. Creímos que la adaptación al sistema de cita previa sería mas lenta y progresiva, y, observamos, que ya en el primer bimestre registrado, en la consulta de medicina, partimos con un porcentaje de cita previa del 75%, por lo que es imposible conseguir un incremento bimensual de un 50%.

--Porcentaje de resolución de incidencias: incidencias resueltas/incidencias totales x100: 100%(Estándar 90%).

Clasificación de las incidencias:

-Identificación incorrecta en la hoja de recogida de datos(medicina/enfermería): 39,5%

-Faltan datos: 18,6%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0230

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA

-No se ha cumplimentado la hoja de recogida de datos:41,90%
Los meses en los que las incidencias han sido mas frecuentes son: agosto(25,6%) y septiembre(30%)
Prácticamente todas las incidencias están relacionadas con la recogida de datos, la mayoría subsanadas recurriendo a la agenda de OMI. También observamos mayor número en los meses de verano, posiblemente relacionadas con la mayor variabilidad del personal por las vacaciones.
Aunque no hemos desarrollado un indicador, cabe mencionar el aumento de pacientes desplazados en la zona de salud que han realizado correctamente los trámites para asignación de médico, ya que al llamar para solicitar cita, la auxiliar administrativa directamente gestionaba el proceso.
En resumen, creemos que este proyecto, en base a los indicadores utilizados, tiene un impacto positivo. Favorece una mejor gestión de la consulta, tanto en medicina como en enfermería, ayudando al profesional a revisar la historia clínica del paciente antes de comenzar su consulta y a organizar mejor su horario de trabajo para dedicar tiempo a la formación o investigación. Cumple criterios de eficiencia, con una utilización óptima de recursos, controlando mas la sobrefrecuentación. Hay beneficios para el paciente, porque no tiene que soportar esperas innecesarias. Y consideramos que es persistente y sostenible.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias a este proyecto hemos conseguido implantar el sistema de cita previa en el Centro de Salud de Báguena de una manera controlada y organizada.
Hemos conseguido una mayor organización en la consulta, de manera que los pacientes no acudan aleatoriamente, y utilizar bien el tiempo para el desarrollo de otras actividades.
Los pacientes de otras zonas de salud, cuando acuden a este centro, realizan correctamente los tramites para la asignación de médico, consiguiendo eliminar muchas "altas rápidas", que administrativamente y para registro de determinados aspectos de la historia clínica, no tienen gran validez.
Ante la situación de personal que sufrimos en los tiempos actuales, sobre todo médicos, en muchas ocasiones nos vemos obligados a cerrar consultas. Gracias al sistema de cita previa los pacientes son informados en el momento de la llamada, y saben donde pueden ser atendidos en ausencia de su médico.
Es un sistema que está completamente implantado y el proyecto es fácilmente replicable.
Animamos a todos los centros rurales, con gran dispersión, a que implanten el sistema de cita previa, porque los resultados son gratificantes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/230 ===== ***

Nº de registro: 0230

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA

Autores:
RUBIO GUTIERREZ ISABEL, OLORIZ RUIZ INES, MARRUEDO MANCEBO ISABEL, GRACIA MALO CRISTINA, BERNAL ASENSIO ANA ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La zona de salud de Báguena consta de un cento de salud y 8 consultorios locales. El sistema de cita previa sólo funciona en la localidad de Báguena, por lo que los pacientes de los anejos del centro de salud acuden a las consultas de atención primaria sin cita. Esto condiciona una mala gestión de las consultas, por lo que los profesionales que las atienden no pueden planificar de una manera adecuada su tiempo. También contribuye a un mayor acceso de pacientes desplazados sin haber realizado los trámites correctos para un registro adecuado en el sistema sanitario y su posterior seguimiento.
Por ello consideramos de vital importancia la implantación de la cita previa en todos los puntos de atención de la zona de salud de Báguena, porque una buena organización de la consulta requiere gestionar adecuadamente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0230

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA

la demanda y el tiempo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Instaurar el sistema de cita previa en los consultorios locales de la zona de salud de Báguena.
- Conseguir que los pacientes desplazados realicen los trámites administrativos antes de acudir a consulta de atención primaria.
- Conseguir una adecuada gestión de la demanda y del tiempo en la consulta de atención primaria

MÉTODO

Informar a la población, de manera verbal y mediante carteles, de la importancia de la cita previa así como de su instauración.
Colocar de manera muy visible, en todos los consultorios, el teléfono del centro de salud para solicitar cita.
Elaboración de tarjetas informativas con el teléfono al que llamar para solicitar cita previa y los horarios de consulta, para distribuir entre los pacientes.
Colocar carteles informativos sobre los pasos a seguir para realizar el trámite de asignación de médico en pacientes desplazados en la zona de salud.
Realización de una plantilla dónde se registre diariamente, y en cada consultorio, la actividad de la consulta de demanda (pacientes con cita previa y pacientes sin cita). Registrar las incidencias surgidas durante el periodo de evaluación.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes que solicitan cita previa (nº pacientes que acuden a consulta con cita previa/nº pacientes que acuden a consulta de demanda x100) en un periodo de 6 meses. Estándar: 80-90%
- Incremento bimensual de porcentaje de pacientes que acuden a consulta de demanda con cita previa. Estándar: conseguir en cada fracción bimensual al menos un incremento del 50% respecto al previo.
- Porcentaje de resolución de incidencias: incidencias surgidas/incidencias resueltas x 100. Estándar: 90%.

DURACIÓN

Abril 2018: Información a la población de los núcleos periféricos adscritos al C.S. Báguena sobre la implantación de la cita previa, mediante carteles y tarjetas informativas.
Realización de la plantilla de registro de la actividad en la consulta de demanda.
Mayo 2018: Inicio del sistema de cita previa.
Mayo-Octubre 2018: Recogida de datos.
Noviembre-Diciembre 2018: Análisis de datos y evaluación del proyecto.
Realización de tres reuniones de los participantes del proyecto:
--Reunión inicial para la elaboración del material.
--Reunión a los dos meses de iniciar el sistema de cita previa para contrastar opiniones sobre su funcionamiento y resolver dudas sobre el funcionamiento y los problemas surgidos.
--Reunión al final del periodo de evaluación para análisis de datos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0231

1. TÍTULO

MEJORA DE LA OXIGENOTERAPIA DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA SERRANO MORENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BAGUENA
· Localidad BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERRADO SERRANO ASCENSION
CORBATON HERRERO JOSEFINA
REDOLAR CHASENAS GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó el seguimiento en la compra e instalación de las bombonas en los consultorios de Cucalón y San Martín del Río.
Se ha ido informando diariamente de la mejora de los consultorios a los pacientes, conforme acudían a la consulta de los beneficios que conlleva el tener ambas bombonas disponibles para su uso. A su vez los alcaldes también informaron a la población.
Tras insistir al resto de alcaldes, de las localidades que no compraron las bombonas, nos aceptaron propuesta y quedaron pendientes de la implantación de las mismas en sendos consultorios restantes.
Se ha cumplido con el calendario previsto y con los registros de mantenimiento de las bombonas implantadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado ha sido muy bueno, puesto que, aunque quedan pendientes de la implantación de bombonas en varios consultorios, las que se han puesto están localizada en consultorios céntricos, uno de ellos Cucalón, de modo que en caso de urgencia la accesibilidad es rápida. Lo óptimo sería que hubiese en todos los consultorios. Según el standard marcado, solo hay en este momento un 30%, con la intención por parte de los alcaldes de implantar el 100%, mediante la compra/ alquiler de estas por parte de air liquid.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo se encuentra satisfecho con la mejora de calidad instaurada, puesto que hacer uso en caso de urgencia de una bombona de oxígeno localizada en un consultorio local, beneficia evitando cargas innecesarias desde el centro de salud, puesto que en estos casos se sale con múltiples maletines; de medicación y Material fungible, así como monitores y desfibrilador.
Sería muy interesante, dada la dispersión poblacional de toda el área de salud de Teruel, que se realizara este mismo proyecto, abasteciendo a todos los consultorios locales, dada su gran eficacia y eficiencia, puesto que además de los beneficios aportados, son los ayuntamientos quienes se hacen cargo de la implantación y mantenimiento.
Nos queda pues pendiente, la compra de las bombonas de los 5 consultorios restantes, que nos han dado su palabra los alcaldes que se va a poner con la mayor brevedad posible.

7. OBSERVACIONES.

Insistir en la necesidad de tener oxígeno en todos los consultorios locales y agradecer la colaboración por parte de todos los ayuntamientos de la realización e intención de hacerlo en la mayor brevedad posible.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/231 ===== ***

Nº de registro: 0231

Título
MEJORA DE LA OXIGENOTERAPIA DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA

Autores:
SERRANO MORENO ANA CRISTINA, TERRADO SERRANO ASCENSION, CORBATON HERRERO JOSEFINA, REDOLAR CHASENAS GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0231

1. TÍTULO

MEJORA DE LA OXIGENOTERAPIA DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA

PROBLEMA

La gran dispersión poblacional que suscribe el C.S. De Báguena obliga en muchas ocasiones a atender situaciones de urgencia que requieren la administración de oxígeno y, no siempre, la accesibilidad desde el centro de salud al pueblo puede realizarse con coche del centro equipado; máxime cuando el vehículo del centro no está habilitado para el transporte de las bombonas de oxígeno. Para ello, los consultorios deberían estar dotados de oxígeno. La propuesta establece dos bombonas medianas en cada consultorio para que siempre haya una llena, de modo, que si se requiere en situación de urgencia, el equipo médico pueda acceder al consultorio y hacer uso de ella.

RESULTADOS ESPERADOS

Dotar de dos bombonas de oxígeno tamaño medio a todos los consultorios pertenecientes al C.S. De Báguena en colaboración con los ayuntamientos.

MÉTODO

--Gestión con ayuntamientos para la instalación de dos bombonas de oxígeno por consultorio (escribir carta a ayuntamientos para convocar reunión y dar presupuesto y ver viabilidad)
--Solicitar presupuesto a la empresa de oxígeno.
--Sesiones de formación a los profesionales sobre manejo de la oxigenoterapia y sus accesorios.
--Creación hoja de registro de la sesión clínica de contenido.
--Creación hoja de registro del funcionamiento de la oxigenoterapia de los consultorios de forma bimensual.

INDICADORES

Nº consultorios dotados de oxígeno (al menos una)/ nº consultorios totales
Nº bombonas instaladas/ (nº consultorios x 2) x100 (80-100%)
Nº sesiones formativas anuales.
Nº revisiones anuales en consultorios/ (nº de consultorios x 8) x100 (50-100%)

DURACIÓN

Durante Abril y Mayo realizar las gestiones con los ayuntamientos (enviar carta, reunión con los alcaldes). Solicitar presupuestos a empresas distribuidoras de oxígeno.
En Junio realizar las sesiones sobre manejo de oxigenoterapia y realizar las hojas de registro de datos.
A partir de septiembre realizar la evaluación con los datos de las hojas de 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 - 2019/0381

1. TÍTULO

TALLER PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ASCENSION TERRADO SERRANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BAGUENA
· Localidad BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORBATON HERRERO JOSEFINA
OLORIZ RUIZ INES
RUBIO GUTIERREZ ISABEL
BERNAL ASENSIO ANA ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El día 1 de marzo la responsable del proyecto se puso en contacto telefónico con la Dirección del colegio para concretar la fecha de realización del taller.
Siendo el calendario previsto en el proyecto para la preparación y realización del taller de marzo a junio y el final de curso resulta complicado para los escolares y profesores, se acordó como fecha adecuada el día 25 de abril.

Durante el mes de marzo y primera mitad del mes de abril el equipo de mejora realizó diversas reuniones de trabajo:

Día 5 de marzo. Se plantean ideas sobre los contenidos a tratar y el material a elaborar, teniendo en cuenta la edad de los niños.

Día 12 de marzo. Tras estudiar los diferentes planteamientos se decide elaborar una presentación power-point y también buscar algún video en la web.

Reparto de tareas entre los miembros del equipo.

Día 19 de marzo. Sesión para diseñar el cuestionario/ test de valoración de conocimientos y de la encuesta de satisfacción necesarios para evaluar los resultados alcanzados con el taller.

Día 26 de marzo. Se reúne el Equipo con el fin de comentar el avance de los materiales, dificultades encontradas y búsqueda de soluciones.

Día 2 de abril. Puesta en común de los materiales elaborados.

Se proyecta el video "RCP desde mi cole: cancion de la reanimación". Visualización también de la presentación de diapositivas para hacer puntualizaciones a corregir.

Día 9 de abril. Última revisión de los audiovisuales y de las hojas de encuestas.

Finalmente los materiales elaborados para la realización del taller son:

Presentación en power-point con el título: "Aprendiendo primeros auxilios" de 19 diapositivas en total, de colores vistosos y con más imágenes que texto para que resulte entretenido y a su vez fácil de memorizar. Los contenidos educativos describen de forma sencilla y concreta una situación de contusión, herida, epistaxis y quemadura, explicando lo que es, signos y síntomas y los cuidados inmediatos en cada caso. Además también trata la forma de identificar y actuar ante una emergencia vital con una persona inconsciente (teléfono de emergencias 112, posición lateral de seguridad y RCP básica) además de la actuación ante una situación de atragantamiento (Maniobra de Heimlich).

Cuestionario de adquisición de conocimientos que consta de 5 preguntas tipo test con tres posibles respuestas. Se utilizará el mismo cuestionario para la encuesta previa (antes de comenzar el taller) y para la encuesta final con el objeto de poder evaluar los resultados obtenidos.

Encuesta de satisfacción simple, 3 preguntas con 3 posibles respuestas (poco/ bastante/ mucho).

El día 10 de abril nos pusimos nuevamente en contacto con el colegio para avisarles de que cada niño llevara un muñeco de peluche para la parte práctica del taller.

El jueves 25 de abril a las 09:00 h. se realizó la sesión/ taller en el colegio de Bágüena con una duración aproximada de 1h. y asistiendo todos los alumnos.

Desarrollo del taller:

1.- Cuestionario/test inicial de conocimientos.

2.- Proyección del power -point. Duración aproximada 35 minutos.

3.- Video RCP y práctica con los muñecos de peluche. Duración aproximada de unos 25 minutos.

4.- Cuestionario final de conocimientos y encuesta de satisfacción.

Con estas actividades se cumplió con el calendario marcado para el primer semestre del año.

El día 22 de octubre volvió a reunirse el Equipo para retomar el proyecto, evaluar resultados y elaborar la Memoria final. Y nos surgió la duda ¿Qué conocimientos recordarán los escolares cuando han pasado 6 meses tras la realización del taller?

El día 7 de noviembre, previo contacto con el director del centro educativo, acudimos al colegio para pasar de nuevo a los alumnos la encuesta de conocimientos con el objetivo de valorar la información que recuerdan y nos reunimos el día 12 de noviembre para analizar todas las encuestas realizadas. En base a los resultados obtenidos decidimos realizar una intervención recordatoria con los alumnos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0381

1. TÍTULO

TALLER PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS

Material elaborado para la sesión recordatoria: 4 folios con imágenes para colorear, que muestran de forma clara la actuación en un primer momento ante una situación de contusión, herida, quemadura, epistaxis, atragantamiento y persona inconsciente.

El jueves 5 de diciembre, previo acuerdo con el director del colegio, acudimos al mismo y realizamos la sesión: duración aproximada de 30 minutos. Con ayuda de fichas para colorear fuimos describiendo las imágenes y refrescando así los conceptos. Se entregó un ejemplar de fichas a cada alumno con el fin de que las fuesen coloreando y trabajando en sus ratos libres. Finalmente se realizaron dos sesiones de trabajo del equipo de mejora, los días 12 y 17 de diciembre, para elaborar la memoria final del proyecto. Para el desarrollo del proyecto los recursos empleados han sido material audiovisual y de oficina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1er indicador: niños participantes/total niños del colegio=100%.

2º indicador: test previo antes de iniciar la sesión y test final para valorar los conocimientos adquiridos. Los resultados se han obtenido en base a las encuestas realizadas a los alumnos del colegio. Se les hicieron 5 preguntas sencillas, adaptadas a la edad de los escolares:

Pregunta 1: si te haces una herida que sangra ¿qué harías?.

Pregunta 2: actuación ante una quemadura.

Pregunta 3: si le sangra la nariz a un compañero ¿qué harías?.

Pregunta 4: si te encuentras a una persona inconsciente, que no responde, ¿a qué teléfono de urgencias llamarías?.

Pregunta 5: si ves a un amigo que se está atragantando y está tosiendo, ¿qué harías?.

Cada pregunta tenía tres opciones de respuesta, de las cuales solo una era válida.

Se realizó una primera vez previa a la realización del taller con los siguientes resultados:

P1(pregunta 1): 28,5% de aciertos; P2: 57,2% de aciertos; P3: 14,3% de aciertos; P4: 57,2% de aciertos; P5: 0% de aciertos.

Se volvió a pasar la encuesta después de la realización del taller. Los resultados fueron(aciertos): P1: 100%; P2:71,5%; P3: 100%; P4:100%; P5: 100%.

Vemos que en casi todas las preguntas se obtuvo el 100% de respuestas correctas tras la realización del taller educativo.

El porcentaje de mejora entre las encuestas pre y post taller fue: P1: 71,50%; P2:14,30%; P3: 85,70%; P4:42,80%; P5: 100%.

Como podemos observar, hay un alto porcentaje de mejora en los aciertos de todas las preguntas. En P2 y P4 el porcentaje es inferior al 50%, pero hay que observar que partíamos de un porcentaje de aciertos>50% en la encuesta previa al taller.

Volvimos a realizar la misma encuesta a los 7 meses del taller, para valorar los conocimientos que permanecían en los niños. Obtuvimos los siguientes porcentajes de respuestas acertadas: P1: 50%; P2: 50%; P3: 25%;P4: 25%; P5: 50%.

En todas las preguntas hay peores resultados que en la encuesta que se hizo posterior al taller, desde un 21,5% hasta un 75% de empeoramiento, pero en tres de las cinco preguntas, a pesar del tiempo transcurrido, los porcentajes de aciertos eran superiores a la encuesta realizada previa al taller.

3er indicador: Encuesta de satisfacción(realizada mediante tres preguntas tipo test al final del taller):

Pregunta 1: la charla te ha gustado...

poco: 0%; bastante: 28,5%; mucho: 71,5%.

Pregunta 2: ¿crees que has aprendido cosas que no sabías?

Pocas: 14,3%; bastantes: 28,5%; muchas:57,2%.

Pregunta 3:¿te gustaría que volviéramos para impartir otra charla/taller para aprender cosas nuevas?

Si:100%; no: 0%.

Consideramos que se han obtenido unos resultados muy favorables en la encuesta de satisfacción. Los parámetros mas favorables ("mucho", "muchas" y "si"), están por encima de un 55%. Y si añadimos el parámetro "bastante", en las tres respuestas se supera el 75%.

Un fallo en el proyecto fue no reflejar el standar para los indicadores, aunque habíamos pactado que fuese un 50%. Este porcentaje ha sido superado en el primer y tercer indicador.

En el segundo indicador se ha superado en tres de las cinco preguntas, justificado, como hemos comentado antes, por los buenos resultados ya en el test previo en esas dos preguntas. De todos modos, si hiciéramos la media de los porcentajes de mejora de las 5 preguntas pre y post taller, obtenemos un dato que también superaría el 50% (62,86%).

Basándonos en estos indicadores, consideramos que el impacto del proyecto es alto, porque hemos conseguido una alta participación de los alumnos, hemos conseguido los objetivos marcados en el proyecto, consiguiendo buenos resultados con recursos de bajo coste, demostrando que para ser sostenible en el tiempo precisa de su repetición de manera periódica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusiones que obtenemos son:

-Objetivamos un aprendizaje claro por parte de los alumnos tras la realización del taller.

-Con el paso del tiempo se evidencia una pérdida de conocimientos, por lo que es recomendable la realización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0381

1. TÍTULO

TALLER PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS

de tareas educativas de manera periódica.

-A pesar de esa pérdida de conocimientos, estos son superiores a los que tendrían si no se realizase ninguna tarea educativa.

Valoramos de una manera positiva el proyecto, ya que estamos convencidos de la importancia de implantar en los colegios talleres de este tipo sobre primeros auxilios. Debemos fomentar la autonomía de los niños ante una situación de urgencia, instruyéndolos adecuadamente con conocimientos básicos, ya que pueden ser, en ocasiones, el único salvavidas ante una situación de urgencia, como hemos comprobado en numerosas noticias.

Con el material desarrollado se puede realizar y evaluar este taller en cualquier otro centro educativo sin olvidar realizar revisiones periódicas para actualizar la materia.

7. OBSERVACIONES.

Queda demostrado que los conocimientos se van perdiendo con el tiempo, por lo que consideramos que lo ideal sería repetir este taller con periodicidad anual.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/381 ===== ***

Nº de registro: 0381

Título
TALLER PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS

Autores:
TERRADO SERRANO MARIA ASCENSION, CORBATON HERRERO JOSEFINA, OLORIZ RUIZ INES, RUBIO GUTIERREZ ISABEL, DE LA PAZ FIGUEROA LEONEL, BERNAL ASENSIO ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ACTIVIDADES PREVENTIVAS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la Dirección del Colegio de Báguena perteneciente al CRA El Poyo del Cid se nos solicitó la posibilidad de dar formación a los niños sobre la actuación de primeros auxilios frente a situaciones de accidentes y urgencia más habituales que puedan surgirles.
Dada la gran capacidad de aprendizaje en estas edades, la importancia del tema y el interés mostrado por el centro educativo queremos aprovechar la oportunidad y consideramos importante la realización de este proyecto incluyéndolo en el ámbito de actividades de educación comunitaria de nuestro centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Que los alumnos del colegio de Báguena adquieran conocimientos y habilidades para actuar en un primer momento ante una situación de contusión, herida, epistaxis y quemadura.
Aprender a identificar una emergencia vital.
Conocer el teléfono de emergencias 112 y cómo utilizarlo.
Conocer la Posición Lateral de Seguridad y saber como actuar ante una situación de atragantamiento.

MÉTODO
En primer lugar se contactará con el centro escolar para concretar la fecha de realización del taller.
Preparación del temario y del material necesario para la actividad: medios audiovisuales, plantillas para colorear. Los alumnos traerán un muñeco o peluche para poder practicar.
Preparación del test de valoración previo al inicio del taller y final así como elaboración de una encuesta de satisfacción.

INDICADORES
Niños participantes / total de niños del colegio.
Test previo antes de iniciar la sesión y test final para valorar los conocimientos adquiridos.
Encuesta de satisfacción.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0381

1. TÍTULO

TALLER PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS

De Marzo a Junio de 2019 - Preparación de material necesario y realización del taller.
Durante el segundo semestre de 2019 - Evaluación de resultados y elaboración de la Memoria final.
Fecha prevista para la finalización 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 RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0369

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA CALVO CONS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUEYO VAL OLGA
PONS TURO PILAR
MARRUEDO MANDEBO ISABEL
SANCHEZ ERCE MARIA
FALOMIR ROS ROSA
CASANOVA CASANOVA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una vez perfilado el proyecto por parte de la persona responsable, se configuró el equipo de personas que iban a participar en él. Se propuso a todo el personal que realiza atención continuada, tanto enfermería como medicina. Elegidos los 6 profesionales que se presentaron voluntarios, se elaboró una lista de tareas, ligada al cronograma del proyecto, que fueron asignadas a cada profesional según puestos de trabajo y factibilidad.

Paso a detallar las actividades y cronograma:

- Febrero 2017: formación del equipo, enumeración de las actividades necesarias para su desarrollo y asignación de tareas.

- Marzo 2017: diseño de las plantillas (ANEXO I) que serán utilizadas durante la atención continuada del centro (de lunes a viernes 17h00-08h00, sábados, domingos y festivos las 24h) y solicitud de éstas impresas y encoladas para su uso.

Diseño y fabricación de las cajas para el almacenaje de las plantillas utilizadas y su posterior clasificación por meses.

Comunicación a todo el personal del centro del proyecto en una reunión de equipo y envío de mail informativo a todos ellos. En esta fase presentamos el proyecto, justificamos su necesidad en el centro, e indicamos el correcto uso de las plantillas, así como su posterior almacenaje.

- Abril 2017: inicio del proyecto, mediante el aviso a todo el personal que realiza atención continuada mediante correo electrónico. Colocación de las plantillas al lado de todos los teléfonos que permanecen activos en horario de atención continuada.

- Desde el 1 de Abril 2017 hasta el 30 de Septiembre 2017 realizamos, al inicio de cada mes, comprobación de la correcta ubicación del material. A final de mes, recogida de las plantillas utilizadas y depositadas en las cajas de recogida, así como contabilización del número de avisos urgentes telefónicos recibidos en horario de atención continuada, mediante investigación posterior en OMI.

- Octubre 2017: retirada de las plantillas, retirada de la caja de almacenaje e información al personal del centro que realiza atención continuada de la finalización del período de uso de las plantillas.

- Elaboración y diseño de la encuesta de valoración del proyecto (ANEXOII). Estaba previsto facilitar las encuestas durante el mes de Octubre, pero dado que no había ninguna reunión de equipo prevista para este mes tuvimos que posponerlo al primer lunes de Noviembre.

- Noviembre 2017: entrega de las encuestas y recogida de estas tras su cumplimentación de forma anónima por parte del equipo que realiza atención continuada.

- Noviembre y Diciembre: Elaboración de análisis, conclusiones y memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Basamos el proyecto en la importancia de una correcta toma de todos los datos de filiación y sanitarios del paciente, y poder aunarlos todos en una plantilla que, además, facilite no olvidar ninguno de ellos. También esta plantilla podía ser utilizada en los domicilios para anotar actividades realizadas, constantes, técnicas y/o medicación administrada, que introducimos en OMI al regresar tras el aviso al centro, pero que en ocasiones se pospone en el tiempo al solaparse varios avisos telefónicos urgentes.

Mensualmente se realizó la recogida de las plantillas utilizadas y se cuantificó el número de avisos telefónicos urgentes recibidos durante la atención continuada, pudiendo ahora comprobar que:

- Todos los meses se hizo uso de las plantillas

- Respecto al número de avisos relacionado con el número de plantillas utilizadas, debemos tener en cuenta dos sesgos.

Sesgo número uno: basamos nuestro contaje de avisos telefónicos en los listados revisados en OMI de la agenda del MAC en horario de atención continuada, pero en ocasiones no se clasifica correctamente, pudiendo introducir un aviso telefónico urgente como una urgencia presencial en el centro.

Sesgo número dos: se ha podido hacer uso de la plantilla pero no haberla depositado en la caja de almacenaje al regresar al centro de salud tras atender la urgencia.

Aclarado esto podemos decir que del total de avisos reflejados como telefónicos urgentes, en el 63,05% se utilizó la plantilla de recogida de datos.

Basándonos en el anterior punto podemos decir que del total de plantillas utilizadas el 59,76% fueron usadas correctamente, presentando un 40,23% falta de alguno de los datos de filiación o sanitarios.

Durante el mes de Noviembre se facilitó al personal sanitario que realiza atención continuada la encuesta de valoración del proyecto, para que individualmente y de forma anónima pudiesen evaluarlo. El 90% del personal accedió a realizar la encuesta. De ella, pregunta a pregunta, podemos concluir que:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0369

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA

- El 85,71% tuvieron siempre acceso a las plantillas y el 14,28% tuvo acceso casi siempre.
- El 71,42 refiere haberlas utilizado siempre, el 21,42 casi siempre y el 7,16 casi nunca.
- Ante un aviso telefónico en atención continuada el 50% cree facilito siempre su trabajo, el 42,85 cree lo facilito casi siempre y el 7,14 cree que casi nunca.
- El 50% cree que siempre les ayudó a solicitar todos los datos de filiación y sanitarios, el 42,85% cree que les ayudo casi siempre y el 7,14 cree que casi nunca les ayudó.
- El 100% cree que deberíamos mantener este sistema de recogida de datos, el motivo es para un 78,57% porque les ayuda en su trabajo y para un 21,43 porque ayuda a personal externo al centro.
- El 100% de los encuestados estaban al corriente del proyecto, habiéndose enterado un 85,72% por una reunión de equipo, un 7,14 por correo electrónico y un 7,14% durante la atención continuada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto se sustenta sobre algo tan sencillo como la correcta toma de datos en avisos telefónicos urgentes. Sabemos que ante una urgencia, lo importante es estar preparado para poder atenderla en el menor tiempo posible, tener el coche y los maletines con todo el material preparado, contar con un equipo médico y de enfermería capacitados para reaccionar ante esta urgencia y poder atenderla en el menor tiempo posible, pero ¿qué ocurre si el personal de guardia desconoce que el pueblo donde se ha originado la urgencia no tiene las calles nombradas?, ¿si las casas no tienen los números en las puertas? Si en ese momento no tenemos un teléfono de contacto al que llamar, se pierde un tiempo valioso.

Ahora que ya hemos finalizado el proyecto podemos afirmar la sostenibilidad del proyecto, concluir que ha sido favorable desarrollarlo, no ha implicado una pérdida de tiempo durante el horario de atención continuada y, al contrario, se constata mediante las encuestas que ha facilitado el trabajo, en especial al personal no habitual del centro de salud.

Respecto a su replicación, creo que sería interesante poder integrar este sistema de recogida de datos mediante plantillas tanto en el centro de salud de Calamocha como en cualquier otro centro de salud, incluso en aquellos que atienden poblaciones rurales con menor volumen de avisos durante la atención continuada. El único inconveniente que encuentro es el gasto que implicaría facilitar a los centros las libretas de las plantillas. Finalizar diciendo que este proyecto de calidad ha sido un trabajo en equipo, en el que todos sus miembros han colaborado activamente.

Personalmente, al ser la primera vez que coordino un proyecto de calidad puedo decir que ha sido un reto que ha conllevado una inversión de tiempo y dedicación. Puedo afirmar que ha sido positivo para el centro de salud y, personalmente, ha supuesto un aprendizaje profesional y personal.

7. OBSERVACIONES.

ANEXO I y II

ANEXO I

Plantilla para recogida de datos. El formato se adaptó a tamaño P10.

FECHA DEL AVISO
APELLIDOS Y NOMBRE
TELÉFONO
DESPLAZADO SI/NO
FECHA DE NACIMIENTO
EDAD
URGENCIA
ANOTACIONES

ANEXO II

ENCUESTA VALORACIÓN PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD

Proyecto a valorar: TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFÓNICOS EN ATENCIÓN CONTINUADA.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0369

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA

Por favor, dedica unos minutos a responder esta encuesta. La información que nos proporcionarás servirá para valorar el proyecto y su utilidad en el centro de salud.

? El proyecto se inició en Abril 2017 y finalizó en Septiembre, ¿has tenido acceso a las plantillas durante la atención continuada?

- Siempre
- Casi siempre
- Casi nunca
- Nunca

? ¿Cuánto las has utilizado?

- Siempre
- Casi siempre
- Casi nunca
- Nunca

? Ante un aviso telefónico en atención continuada, ¿crees ha facilitado tu trabajo?

- Siempre
- Casi siempre
- Casi nunca
- Nunca

? Ante un aviso telefónico en atención continuada, ¿crees te ha ayudado a solicitar todos los datos de filiación y sanitarios necesarios?

- Siempre
- Casi siempre
- Casi nunca
- Nunca

? ¿Crees deberíamos mantener este sistema de recogida de datos en el C.S. Calamochoa?

- Si, porque me ayuda en el trabajo
- Si, porque ayuda a personal externo
- No, porque no ayuda
- No, porque dificulta mi trabajo

? ¿Cómo supiste de este proyecto?

- Recibí un mail
- En una reunión de equipo
- Durante la atención continuada
- Me informaron al empezar mi contrato en este centro

Si tienes alguna propuesta o comentario sobre este proyecto, por favor, cuéntanoslo:

.....
.....
.....

Muchas gracias a todos por vuestra participación.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/369 ===== ***

Nº de registro: 0369

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA

Autores:
CALVO CONS ANA, PUEYO VAL OLGA, FALOMIR ROS ROSA, MARRUEDO MANCEBO ISABEL, SANCHEZ ERCE MARIA, PONS TURO PILAR, CASANOVA CASANOVA TERESA, REDOLAR CHASENAS GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0369

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias en atención continuada de atención primaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

- No existe un protocolo sobre la toma de datos de filiación y sanitarios en los avisos urgentes durante la atención continuada.
- Falta ocasional de datos en avisos urgentes que dificultan la atención urgente.
- Personal sanitario que no forma parte del equipo habitual del centro y desconocen la importancia de algunos datos de filiación en el medio rural.

RESULTADOS ESPERADOS

La elaboración de una plantilla facilitará la recogida de datos de filiación y sanitarios, evitará olvidar datos importantes y mejorará la rapidez en la atención urgente.

MÉTODO

- Elaboración de una plantilla en formato papel para la toma de datos de filiación y sanitarios. (Ana Calvo Cons, Isabel Marruedo Mancebo)
- Colocación de plantillas al lado de los teléfonos activados para avisos urgentes en atención continuada.(Teresa Casanova)
- Creación de sistema de recogida de plantillas(Rosa Falomir Ros)
- Colocación del sistema de recogida de plantillas(María Sanchez Erce)
- Presentación al equipo del centro de salud (Ana Calvo Cons, Pilar Pons Turó)
- Elaboración de una encuesta de evaluación para el equipo del centro de salud.(Olga Pueyo Val)

INDICADORES

- 1º Número de plantillas recogidas/número de avisos telefónicos urgentes citados en OMI durante seis meses.
- 2º Análisis de la encuesta de evaluación que se facilitará a los profesionales que realicen atención continuada.

DURACIÓN

Inicio Febrero 2017: creación de plantilla y del sistema de recogida.
Marzo: Presentación al equipo y colocación de plantillas y del sistema de recogida.
Abril: Inicio del uso de la plantilla
Septiembre: recogida de plantillas
Octubre: Realización de encuestas
Finalización del proyecto Noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 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 - 2016/1184

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO DE LOS INHALADORES EN LAS REAGUDIZACIONES DE ASMA Y EPOC EN EL C.S DE CALAMOCHA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE YOLANDA MENDEZ CAÑETE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POLO BLASCO MARIA LUZ
PONS TURO PILAR
FALOMIR ROS ROSA
MARRUEDO MANCEBO ISABEL
SANCHO ALIJARDE SARA
GOMEZ GALVE LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Sesiones clínicas sobre EPOC .Haciendo referencia a que el tto inhalado es tan eficaz o más que en nebulización.
-Taller práctico sobre uso de inhaladores y cámaras de inhalación
-Se ha adquirido el material necesario: Inhaladores y cámaras de inhalación.
-Se han elaborado las hojas de pacientes atendidos, registrando la patología y el tto aplicado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-El proyecto no ha cumplido el calendario previsto, porque algunos componentes del equipo han tenido que ausentarse por bajas laborales, traslado etc....
-Así pues no hemos recogido suficientes datos para alcanzar resultados.
-Los estándares marcados ó resultados esperados son:
-conseguir disminuir el número de pacientes tratados con nebulizaciones y aumentar el número de los tratados con inhaladores con cámara en las reagudizaciones de Asma y EPOC

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Aunque no podemos sacar conclusiones porque el proyecto no se ha completado, esperamos llegar a las siguientes conclusiones-recomendaciones.
-El utilizar broncodilatadores inhalados en sustitución de los nebulizados nos ofrece las siguientes ventajas:
1-Ahorro en material, ya que las cámaras se reutilizan y las mascarillas se desechan.
2-Ahorro en tiempo para los usuarios y para los profesionales.
3-Evitar desplazamientos a los pacientes, ya que una vez aprendida la técnica, el tto se lo aplican ellos mismos en su domicilio.
4-Mejora de los registros en OMI de las reagudizaciones.

7. OBSERVACIONES.
Por todo ello nos gustaria poder continuar con la memoria durante el 2018 para poder valorar la eficacia real del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1184 ===== ***

Nº de registro: 1184

Título
MEJORA DEL MANEJO DE LOS INHALADORES EN LAS REAGUDIZACIONES DE ASMA Y EPOC EN EL SALUD DE CALAMOCHA

Autores:
SANCHEZ ERCE MARIA, POLO BLASCO MARIA LUZ, PONS TURO PILAR, PUEYO VAL OLGA, FALOMIR ROS ROSA, MARRUEDO MANCEBO ISABEL, SANCHO ALIJARDE SARA, GOMEZ GALVE LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

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

Enfoque: -----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1184

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO DE LOS INHALADORES EN LAS REAGUDIZACIONES DE ASMA Y EPOC EN EL C.S DE CALAMOCHA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El asma y la EPOC son dos enfermedades crónicas, que dada su complejidad, suponen un gran número de visitas al médico de atención primaria y al servicio de atención continuada, fundamentalmente en los episodios de reagudización. La prevalencia de asma es, aproximadamente un 5% en los adultos y alrededor del 10% en los niños en nuestro medio. La EPOC afecta aproximadamente a un 9.1% de la población adulta. El manejo de ambas enfermedades, implica un correcto conocimiento de la enfermedad, así como de su manejo. Nuestro objetivo es informar a los profesionales implicados en la asistencia sanitaria de estos pacientes, con el objetivo de dotarles de las herramientas apropiadas de abordaje y tratamiento de esta patología, y mejorar el uso de la técnica de inhalación, tanto en nuestras consultas como en el servicio de atención continuada.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualización teórica de Asma y EPOC
Mejoría de la formación de los sanitarios implicados en el uso y tipos de inhaladores
Optimizar recursos materiales. Ahorro en material desechable (mascarillas de nebulización) y disminución del gasto sanitario.
Disminuir el número de pacientes tratados con nebulizaciones y aumentar el número de pacientes tratados con inhaladores.
Mejorar el registro del tratamiento en OMI-AP.
Disminución de tiempos de asistencia en atención continuada

MÉTODO

Sesiones formativas para profesionales de Asma y EPOC
Taller de educación para la salud comunitaria
Revisión de los pacientes con tratamiento inhalatorio
Actualización y mejora del registro de las reagudizaciones en OMI-AP

INDICADORES

Indicador: conocer la prevalencia y asma y EPOC en nuestra zona, con un mejor registro. Estándar SI/NO
Indicador: conocer incidencia de reagudizaciones de asma y EPOC en nuestra zona. Estándar: SI/NO
Indicador: Porcentaje de personas con diagnóstico de asma o EPOC a la que se le ha realizado educación sanitaria.
Estándar: 50%
Indicador: Porcentaje de pacientes con reagudización a la que se la trata con inhaladores. Estándar 50%
Evaluación: mediante la revisión del registro en OMI-AP

DURACIÓN

Inicio: marzo 2017
Marzo, junio, septiembre y diciembre 2017: sesiones formativas a los sanitarios implicados
Septiembre 2017: taller de educación para la salud
Noviembre 2017: Evaluación de los resultados y conclusiones
Diciembre 2017: Finalización

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1202

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE LUIS TARTAJ TOMAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ACHA DOMINGUEZ JESUS MANUEL
ZABALA GARCIA ANA ISABEL
IBÁÑEZ CATALAN JULIA
NUÑEZ PEÑA MARIA PILAR
LOPEZ MARTIN MANUEL
VICENTE SAEZ MARIA JESUS
CALVO HERRERA ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Adaptacion de agendas
Carteles informativos para la población y los profesionales, los carteles de información a los usuarios estan expuestos en zonas visibles del centro y de cada consulta
Hojas de registro de actividad
Aportación de material para analisis

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Reestructuración de citaciones desde consulta y /o telefono de admision
liberacion de funciones de un profesional administrativo
promedio de extracciones durante los meses de Octubre, noviembre y Diciembre 2017
promedio extracciones OMI 30 diarias
NO OMI 14 diarias
promedio de Otras Muestras OMI 6 diarias
NO OMI 2 diarias
Dos dias de extracciones semanales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde el mes de octubre a diciembre ha mejorado el numero de pacientes citados desde consulta y/o por telefono en admision evitando aglomeraciones para cita en el centro de salud.
La reserva de huecos ha funcionado bien manteniendose mas estable el numero de pacientes por dia.
Se mantienen los dias de los analisis siendo martes para pacientes de Calamocha y miercoles para el resto de poblaciones adscritas a la zona de salud, excepcionalmente y por criterio medico se cita algun paciente en dia de analitica no asignado
Se ha logrado diferenciar entre petición ordinaria y urgente priorizandose el criterio del profesional.

7. OBSERVACIONES.
El numero de peticiones de pruebas para laboratorio sigue siendo alto en relación con la población de la zona de salud.
Duplicidad en peticiones mejorable si todos los analisis se volcaran a OMI y/o se instaurara un sistema de avisos de analisis recientes realizados a cada paciente.
Mejorar la comunicación con especializada y laboratorio para evitar duplicidades
Adecuación de la sala de extracciones

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1202 ===== ***

Nº de registro: 1202

Título
GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO CS CALAMOCHA

Autores:
TARTAJ TOMAS JOSE LUIS, ACHA DOMINGUEZ JESUS MANUEL, IBÁÑEZ CATALAN JULIA, VICENTE SAEZ MARIA JESUS, INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR, ZABALA GARCIA ANA, CALVO HERRERA ENRIQUE, LOPEZ MARTIN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades preventivas y pruebas de diagnostico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1202

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es un servicio básico y esencial en Atención Primaria, tanto en el proceso diagnóstico como en el cumplimiento de determinados apartados incluidos en programas recogidos en la cartera de servicios del Salud, no se puede negar que su mala gestión conlleva un consumo excesivo de recursos materiales, económicos y personales que se podrían evitar ajustando algunos parámetros de proceso y procedimiento.

Se detecta duplicidad de peticiones, probablemente por falta de coordinación entre los diferentes servicios (atención primaria y especializada) esto supone la realización de una prueba invasiva con riesgo de complicaciones y molestias innecesarias para el paciente

¿ Se esta pidiendo lo necesario?,

Volcado de datos debería ser automático volcándose desde laboratorio todo tipo de análisis

Necesidad de unificar criterios y formas de petición

Cumplir protocolos de planes personales

Reorganizar el servicio en número de personas y/o número de citas

RESULTADOS ESPERADOS

Evitar duplicidades

Mejorar infraestructura del proceso: citación, extracciones, toma de muestras, transporte.

Sobre toda la población diana

Adecuar número y pertinencia al protocolo

Unificar peticiones en pacientes pluripatológicos

Volcado automático desde el laboratorio de referencia(modulab) tanto propios como los solicitados a cada paciente desde otras especialidades

MÉTODO

Formación del personal por parte de Salud

recordar periodicidad de protocolos

Recursos : materiales - adecuar sala de extracciones y proporcionar material necesario para realizar la actividad

Educación poblacional dirigida a contener la demanda (no analíticas a la carta)

Dirigir la demanda programando análisis de revisión

Educación recogida correcta de cultivos y otras muestras orgánicas.

INDICADORES

Nº total de extracciones (abril, mayo, junio) comparados con tercer trimestre

Nº total de extracciones ajustado a protocolos OMI

Nº total de extracciones y otras muestras en población diana

Nº total de extracciones de Atención Primaria

Nº total de extracciones de Especializada

Nº de días en que el volcado de datos a OMI es adecuado

DURACIÓN

Junio comunicación con laboratorio

revisión de número de extracciones y quien ha hecho la petición

Plan de formación de pertinencia de peticiones

Campaña de información si procede en relación a citaciones

Desarrollo de julio a 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 - 2016/1202

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE JOSE LUIS TARTAJ TOMAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ACHA DOMINGUEZ JESUS MANUEL
ZABALA GARCIA ANA ISABEL
IBAÑEZ CATALAN JULIA
INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR
LOPEZ MARTIN MANUEL
VICENTE SAEZ MARIA JESUS
CALVO HERRERA ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una adaptación de las agendas

La información a los profesionales del proyecto y de la memoria de seguimiento se comunicó en sendas reuniones de Equipo.

Se colocaron carteles informativos para la población (claros y concisos) insistiendo en la necesidad de citación previa para laboratorio desde la consulta y/o llamando al telefono indicado.

Creación de hojas de registro para la actividad

Aportación de material para análisis

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido consolidar el sistema de citaciones analíticas desde OMI, disminuyendo el trabajo de los auxiliares administrativos en el momento de las extracciones.

Se ha conseguido unificar peticiones de diversos especialistas junto con las peticiones de AP evitando repetición de pruebas y de tecnicas cruentas e invasivas

Se ha mantenido el número de extracciones aproximadamente igual que en 2017(periodo analizado Octubre, Noviembre y Diciembre : extracciones OMI 2017 :30 diarias, NO OMI 14 diarias, Total: 44 diarias, Otras Muestras (orina, heces etc. en petición no conjunta con sangre) promedio diario 6.

Mismo periodo analizado 2018 promedio extracciones diarias OMI 28, No OMI 16, Total 44 diarias, promedio de Otras Muestras 21 diarias, hemos notado un aumento significativo del apartado "otras muestras" que se han disparado, aunque no lo consideramos un item valorable en este periodo de tiempo, debido a la incidencia que ha supuesto el programa de cribado del Cáncer Colorectal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos visto que se puede conseguir un alivio de la carga de trabajo al realizar acciones de una manera coordinada entre los miembros del equipo (médicos, enfermeros, administrativos, etc.)

La población ya tiene clarificados los días de extracciones y el proceso de citaciones .

Al unificar peticiones se ha conseguido disminuir el numero de pruebas invasivas y con la cita previa se ha regularizado el numero de pacientes.

No se ha logrado conseguir que los análisis solicitados desde el ámbito de la especializada (bien desde consultas externas, bien desde urgencias del HOP, bien desde la misma hospitalización) queden reflejados en OMI de una manera intuitiva, para poder evitar duplicidades en la solicitud de las pruebas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1202 ===== ***

Nº de registro: 1202

Título
GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO CS CALAMOCHA

Autores:
TARTAJ TOMAS JOSE LUIS, ACHA DOMINGUEZ JESUS MANUEL, IBAÑEZ CATALAN JULIA, VICENTE SAEZ MARIA JESUS, INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR, ZABALA GARCIA ANA, CALVO HERRERA ENRIQUE, LOPEZ MARTIN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1202

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA

Otro Tipo Patología: Actividades preventivas y pruebas de diagnostico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es un servicio básico y esencial en Atención Primaria, tanto en el proceso diagnostico como en la cumplimiento de determinados apartados incluidos en programas recogidos en la cartera de servicios del Salud, no se puede negar que su mala gestión conlleva un consumo excesivo de recursos materiales, económicos y personales que se podrían evitar ajustando algunos parámetros de proceso y procedimiento.
Se detecta duplicidad de peticiones, probablemente por falta de coordinación entre los diferentes servicios (atención primaria y especializada) esto supone la realización de una prueba invasiva con riesgo de complicaciones y molestias innecesarias para el paciente
¿ Se esta pidiendo lo necesario?,
Volcado de datos debería ser automático volcandose desde laboratorio todo tipo de analisis
Necesidad de unificar criterios y formas de petición
Cumplir protocolos de planes personales
Reorganizar el servicio en numero de personas y/o numero de citas

RESULTADOS ESPERADOS

Evitar duplicidades
Mejorar infraestructura del proceso: citación, extracciones, toma de muestras, transporte.
Sobre toda la población diana
Adecuar numero y pertinencia al protocolo
Unificar peticiones en pacientes pluripatológicos
Volcado automático desde el laboratorio de referencia(modulab) tanto propios como los solicitados a cada paciente desde otras especialidades

MÉTODO

Formación del personal por parte de Salud
recordar periodicidad de protocolos
Recursos : materiales - adecuar sala de extracciones y proporcionar material necesario para realizar la actividad
Educación poblacional dirigida a contener la demanda (no analíticas a la carta)
Dirigir la demanda programando analisis de revisión
Educación recogida correcta de cultivos y otras muestras organicas.

INDICADORES

Nº total de extracciones (abril, mayo, junio) comparados con tercer trimestre
Nº total de extracciones ajustado a protocolos OMI
Nº total de extracciones y otras muestras en población diana
Nº total de extracciones de Atención Primaria
Nº total de extracciones de Especializada
Nº de dias en que el volcado de datos a OMI es adecuado

DURACIÓN

Junio comunicación con laboratorio
revisión de numero de extracciones y quien ha hecho la petición
Plan de formación de pertinencia de peticiones
Campaña de información si procede en relación a citaciones
Desarrollo de julio a 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 - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA MARIA RUIZ DOMINGO
· Profesión MATRONA
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ CATALAN JULIA
MARTIN NAVARRO MARIA JOSE
CORBATON FERRER PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Cursos Masaje Infantil en el postparto: 3 cursos en el CS de Calamocha y 3 en el CS de Monreal, con 6 sesiones cada uno de hora y media de duración.

- CRIET de Calamocha: reunión con profesionales docentes del centro y 7 talleres con el alumnado, de una hora y media cada uno.

- IES Valle del Jiloca de Calamocha: reunión con profesionales docentes del centro, charla con las familias y 15 talleres con el alumnado, de 50 minutos cada uno.

- IES Salvador Victoria de Monreal del Campo: reunión con profesionales docentes del centro, charla con las familias y 8 talleres con el alumnado, de 50 minutos cada uno.

La persona responsable de llevar a cabo las intervenciones que componen el programa ha sido la matrona de los CS de Calamocha, Monreal y Bâguena, con la colaboración del resto del equipo.

El abordaje metodológico de esta propuesta educativa esta basado en la utilización de metodología activa y participativa y la promoción de aprendizajes significativos. Se han utilizado materiales didácticos, recursos literarios y audiovisuales de diversos autores/as que han sido adaptados a la realidad de la población diana o han servido como base para la elaboración de los materiales propios empleados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados han sido evaluados a través de indicadores de cobertura, observación sistemática de las sesiones, cuestionarios de evaluación final de cada una de las intervenciones, supervisión y análisis de los trabajos y tareas propuestas.

El programa ha favorecido la reflexión en los diferentes grupos de población sobre temas relacionados con la sexualidad y ha fomentado actitudes de igualdad y respeto en relación a ello. Se han constatado cambios en los conocimientos, actitudes y habilidades que ayudan a una vivencia sana y satisfactoria de la dimensión sexual. Las intervenciones han facilitado la toma de consciencia con el propio cuerpo en los bebés, a través del masaje infantil y en el alumnado de los centros educativos a partir de las dinámicas individuales y grupales propuestas. La percepción de las familias atendidas en el postparto es que el programa les ha ayudado en el desarrollo de vínculos afectivos con su bebé y la mayoría de las/os adolescentes considera que estos talleres le van a ayudar en su vivencia de la sexualidad.

Se ha observado una sensibilización de la población adolescente en relación a los riesgos y el uso del preservativo y una sensibilización de las familias en la importancia de realizar educación afectivo-sexual desde el inicio.

Destacar la relación creada entre la población y los profesionales sanitarios, con los beneficios que de ello pueden derivarse.

Los resultados obtenidos en los cuestionarios de valoración final cumplimentados por el alumnado y por las familias muestran valoraciones muy positivas de todas las actividades, en cuanto a temas tratados, materiales, técnicas didácticas y educadora.

Tras la realización de la intervención el equipo directivo y de orientación de cada centro transmitió la satisfacción del personal docente con el programa. Muestra de ello es que se ha programado de nuevo para el curso escolar 17-18.

La persona responsable de llevar a cabo el programa de educación afectivo-sexual lo ha valorado en general de forma muy positiva.

Destacar de todos los talleres realizados en los centros educativos, el interés por el tema y la alta participación en las dinámicas propuestas. En los cursos de postparto resaltar la implicación y participación de las madres.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La educación afectivo-sexual es necesaria. Esta necesidad es sentida por profesionales sanitarios, docentes, familias y adolescentes. Desde atención primaria tenemos que dar respuesta a esta necesidad de la población, lo que nos motiva para continuar con nuestro proyecto en el curso escolar 2017-2018. Es necesario corregir las debilidades y limitaciones detectadas en el programa. Por un lado sería interesante modificar la difusión entre las familias para conseguir mayor participación en la charla previa al trabajo con el alumnado.

En relación al curso de masaje infantil en el postparto es necesario realizar acciones que aumenten la implicación del padre en la actividad. Por motivos laborales les es complicado asistir a estos cursos. Quizás a partir de ahora con el permiso por paternidad más prolongado esta situación se resuelva.

En uno de estos cursos se realizó una actividad a la que asistieron las/os hermanas/os mayores de las familias. La satisfacción mostrada por padres y madres y niñas/os nos anima a plantearnos la realización de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

algún taller dónde se les incluya.

Al realizar la evaluación hemos percibido desconocimiento del programa en los equipos de atención primaria, lo que nos hace plantearnos la necesidad de realizar sesiones informativas para que los profesionales conozcan el proyecto. Con todo lo reflejado en la evaluación y en el trascurso de las actividades realizadas se han planteado pequeños cambios en las técnicas educativas utilizadas que se van a incorporar en el nuevo curso escolar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1224 ===== ***

Nº de registro: 1224

Título
PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

Autores:
RUIZ DOMINGO ROSA MARIA, IBAÑEZ CATALAN JULIA, MARTIN NAVARRO MARIA JOSE, CORBATON FERRER PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad, a pesar de los avances alcanzados en materia de salud sexual y reproductiva, puede percibirse cómo hombres y mujeres desconocen aspectos importantes de su cuerpo sexuado, sigue existiendo un número importante de embarazos no deseados y de ITS, la violencia de género está presente en sus distintas formas, y muchas y muchos viven una sexualidad insatisfactoria.

Son necesarias intervenciones que partan de una conceptualización biopsicosocial de la sexualidad y asuman un modelo integral de educación sexual con perspectiva de género. Intervenciones que con la colaboración y coordinación de todos los implicados, familia, profesionales de la educación, profesionales sanitarios y otros agentes sociales, comiencen desde el principio y se vayan adaptando de forma continuada a las características y necesidades de la persona en cada uno de sus momentos evolutivos. Intervenciones realizadas con las familias tras el nacimiento para facilitar un buen comienzo de la educación afectivo-sexual y el desarrollo de vínculos afectivos adecuados, que les acompañen a lo largo de la infancia en la tarea de educar en materia de sexualidad y que después centradas en las y los adolescentes sigan contribuyendo a una vivencia sana, satisfactoria y responsable de la sexualidad.

A partir de esta necesidad percibida surge este proyecto, que consta de varias intervenciones, todas ellas basadas en la información, la reflexión, las habilidades y las actitudes.

- Curso de Masaje Infantil en el postparto.
- Educación afectivo-sexual en centros educativos.

RESULTADOS ESPERADOS

Contribuir a que la población y de forma especial las y los adolescentes vivan su sexualidad de forma sana, satisfactoria y responsable.

Colaborar en la erradicación de la violencia de género promoviendo actitudes de respeto e igualdad.

Crear un espacio de encuentro entre los implicados en la educación afectivo-sexual.

Acercar la consulta de la matrona a las familias y a la población adolescente para mejorar la salud sexual y reproductiva.

MÉTODO

Para cumplir con los objetivos planteados se ha desarrollado un programa distribuido en varias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

intervenciones dirigidas a distintos grupos de población y con temáticas y características diferentes:

Curso de masaje infantil en el postparto: consta de seis sesiones de una hora y media de duración, con una periodicidad semanal. Los grupos son cerrados.

Charlas para las familias sobre educación afectivo-sexual.

Reuniones con profesionales docentes.

Talleres con el alumnado de los centros educativos: 6º Primaria, 2º ESO, 3º ESO, 4º ESO

INDICADORES

Indicadores de cobertura.

Cuestionario de evaluación final de cada una de las intervenciones.

Guión para la observación sistemática de las sesiones.

Supervisión y análisis de los trabajos y tareas propuestas.

DURACIÓN

PROGRAMA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL.: a realizar a lo largo del curso escolar 2016-2017(calendario actividades programadas desde 26/9/16 hasta 25/5/17).

CURSO MASAJE INFANTIL EN EL POSTPARTO: se programaran cursos trimestrales a lo largo del año 2017 (ya se han realizado los cursos del 1º 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 - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ROSA MARIA RUIZ DOMINGO
· Profesión MATRONA
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBÁÑEZ CATALAN JULIA
MARTIN NAVARRO MARIA JOSE
CORBATON FERRER PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Cursos Masaje Infantil: 3 cursos en CS de Calamocha y 3 en CS de Monreal, con 6 sesiones cada uno de hora y media de duración.

CRIET Calamocha: reunión con equipo directivo y 7 talleres con alumnado, de una hora y media cada uno.

CP Ricardo Mallen de Calamocha: reunión con equipo de orientación, taller con las familias y 4 talleres con alumnado, de 90 minutos cada uno.

IES Valle del Jiloca de Calamocha: reunión con equipo de orientación, charla con las familias y 21 talleres con alumnado, de 50 minutos cada uno.

IES Salvador Victoria de Monreal del Campo: reunión con equipo de orientación, y 8 talleres con alumnado, de 50 minutos cada uno.

La persona responsable de llevar a cabo las intervenciones que componen el programa ha sido la matrona de los CS de Calamocha, Monreal y Bágüena, con la colaboración del resto del equipo.

El abordaje metodológico se ha basado en una metodología activa y participativa y en la promoción de aprendizajes significativos.

Se han utilizado materiales didácticos, recursos literarios y audiovisuales de diversos autores/as que han sido adaptados a la realidad de la población diana o han servido como base para la elaboración de materiales propios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Han sido evaluados a través de indicadores de cobertura, observación sistemática de las sesiones, cuestionarios de evaluación final de cada una de las intervenciones, observación, supervisión y análisis de los trabajos y tareas propuestas.

El programa ha favorecido la reflexión en los diferentes grupos de población sobre temas relacionados con la sexualidad. Se han constatado cambios en los conocimientos, actitudes y habilidades que ayudan a una vivencia sana y satisfactoria de la dimensión sexual.

Las intervenciones han facilitado la toma de consciencia con el propio cuerpo en los bebés, a través del masaje infantil y en el alumnado de los centros educativos a partir de las dinámicas individuales y grupales propuestas.

La percepción de las familias atendidas en el postparto es que el programa les ha ayudado en el desarrollo de vínculos afectivos con su bebe y la mayoría de las/os adolescentes considera que estos talleres le van a ayudar en su vivencia de la sexualidad.

Se ha observado una sensibilización de la población adolescente en relación a los riesgos y el uso del preservativo y una sensibilización de las familias en la importancia de realizar educación afectivo-sexual desde el inicio.

Destacar la relación creada entre la población y los profesionales sanitarios, con los beneficios que de ello pueden derivarse.

Los resultados obtenidos en los cuestionarios de valoración final de las actividades cumplimentados por el alumnado y por las familias son muy positivos.

Tras la realización de las actividades el equipo directivo y de orientación de cada centro transmitió la satisfacción del personal docente con el programa y el deseo de continuar con él en el proximo curso escolar.

La persona responsable de llevar a cabo las intervenciones del programa lo ha valorado en general de forma muy positiva.

Destacar de todos los talleres realizados en los centros educativos, el interés por el tema y la alta participación en las dinámicas propuestas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La educación afectivo sexual es necesaria y debe contar con la implicación y colaboración de las familias, de los profesionales de la educación y de la sanidad, entre otros. Desde los CS de Calamocha, Monreal y Bágüena somos conscientes de esta necesidad y vamos a continuar con esta tarea.

Se intentara como en años anteriores modificar la difusión de la charla informativa con las familias, ya que la escasa participación en alguno de los centros educativos, es una de las debilidades y limitaciones detectadas en el programa.

Debido a los cambios de profesionales en los centros sanitarios, sería interesante realizar sesiones informativas para que los nuevos miembros de los equipos conozcan la actividad.

Como cada año, tras la evaluación de cada una de las sesiones, se plantean pequeños cambios en los materiales educativos y en las dinámicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

7. OBSERVACIONES.

El proyecto se da por finalizado, pero dada la satisfacción mostrada por todos los implicados en el Programa de Educación Afectivo Sexual, las actividades incluidas en él van a continuar.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1224 ===== ***

Nº de registro: 1224

Título
PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

Autores:
RUIZ DOMINGO ROSA MARIA, IBAÑEZ CATALAN JULIA, MARTIN NAVARRO MARIA JOSE, CORBATON FERRER PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad, a pesar de los avances alcanzados en materia de salud sexual y reproductiva, puede percibirse cómo hombres y mujeres desconocen aspectos importantes de su cuerpo sexuado, sigue existiendo un número importante de embarazos no deseados y de ITS, la violencia de género está presente en sus distintas formas, y muchas y muchos viven una sexualidad insatisfactoria.

Son necesarias intervenciones que partan de una conceptualización biopsicosocial de la sexualidad y asuman un modelo integral de educación sexual con perspectiva de género. Intervenciones que con la colaboración y coordinación de todos los implicados, familia, profesionales de la educación, profesionales sanitarios y otros agentes sociales, comiencen desde el principio y se vayan adaptando de forma continuada a las características y necesidades de la persona en cada uno de sus momentos evolutivos. Intervenciones realizadas con las familias tras el nacimiento para facilitar un buen comienzo de la educación afectivo-sexual y el desarrollo de vínculos afectivos adecuados, que les acompañen a lo largo de la infancia en la tarea de educar en materia de sexualidad y que después centradas en las y los adolescentes sigan contribuyendo a una vivencia sana, satisfactoria y responsable de la sexualidad.

A partir de esta necesidad percibida surge este proyecto, que consta de varias intervenciones, todas ellas basadas en la información, la reflexión, las habilidades y las actitudes.

- Curso de Masaje Infantil en el postparto.
- Educación afectivo-sexual en centros educativos.

RESULTADOS ESPERADOS

Contribuir a que la población y de forma especial las y los adolescentes vivan su sexualidad de forma sana, satisfactoria y responsable.

Colaborar en la erradicación de la violencia de género promoviendo actitudes de respeto e igualdad.

Crear un espacio de encuentro entre los implicados en la educación afectivo-sexual.

Acercar la consulta de la matrona a las familias y a la población adolescente para mejorar la salud sexual y reproductiva.

MÉTODO

Para cumplir con los objetivos planteados se ha desarrollado un programa distribuido en varias intervenciones dirigidas a distintos grupos de población y con temáticas y características diferentes:

Curso de masaje infantil en el postparto: consta de seis sesiones de una hora y media de duración, con una periodicidad semanal. Los grupos son cerrados.

Charlas para las familias sobre educación afectivo-sexual.

Reuniones con profesionales docentes.

Talleres con el alumnado de los centros educativos: 6º Primaria, 2º ESO, 3º ESO, 4º ESO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

INDICADORES

Indicadores de cobertura.
Cuestionario de evaluación final de cada una de las intervenciones.
Guión para la observación sistemática de las sesiones.
Supervisión y análisis de los trabajos y tareas propuestas.

DURACIÓN

PROGRAMA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL.: a realizar a lo largo del curso escolar 2016-2017(calendario actividades programadas desde 26/9/16 hasta 25/5/17).

CURSO MASAJE INFANTIL EN EL POSTPARTO: se programaran cursos trimestrales a lo largo del año 2017 (ya se han realizado los cursos del 1º trimestre).

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 - 2018/0253

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM/USMIJ/UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE CARMEN GARCES MORERA
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALMAZAN CALVE MARIA CARMEN
BLASCO MAS MIGUEL
LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA
PEREYRA GRUSTAN LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el tiempo de funcionamiento del proyecto se han realizado dos reuniones. La primera para la puesta en marcha y establecimiento de acuerdos y objetivos (03/10/2018). La segunda para valoración, evaluación y elaboración de la memoria de seguimiento (05/02/2019). La coordinación entre los miembros del equipo ha sido fluida, realizándose numerosas comunicaciones telefónicas, presenciales y por correo electrónico para el seguimiento de casos.

En el calendario que marcábamos al diseñar el proyecto nos planteábamos dos reuniones anuales, programando una inicial en mayo de 2018 y una de seguimiento y evaluación en mayo de 2019. Por diversas circunstancias la primera reunión se realizó en octubre de 2018, por lo que en la fecha de elaboración de esta memoria nos encontramos todavía en el quinto mes de desarrollo del proyecto.

Desde las Unidades de Trabajo Social de Atención Primaria participantes se informó sobre la puesta en marcha del proyecto a los/as coordinadores/as de los Centros de Salud con pacientes incluidos como población destinataria, así como en reuniones de equipo de cada Centro de Salud y con los profesionales encargados de Calidad. Se informó también en las reuniones de los respectivos Consejos de Salud.

Desde Salud Mental se informó a los profesionales de las Unidades de Salud Mental no incluidos en el equipo de trabajo para que fuesen conocedores y para solicitar su colaboración.

Se han realizado 7 derivaciones de pacientes por parte de las Unidades de Salud Mental, 6 entrevistas y 2 visitas domiciliarias. En uno de los casos se han realizado gestiones pero por las características del caso se ha aplazado la entrevista tras coordinación/valoración con la Trabajadora Social de referencia del Servicio Social Comarcal.

Se ha elaborado documentación propia del proyecto :

- Hoja de detección de necesidades y derivación de casos.
Creada en septiembre de 2018 y revisada y modificada en febrero de 2019.
- Procedimiento de derivación de casos.
Creado en septiembre de 2018 y revisado y modificado en febrero de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Evaluación. Cumplimiento de objetivos:

- 1- Establecer un procedimiento de derivación de pacientes atendidos por Salud Mental que posibilite el estudio de sus necesidades sociales. Alcanzado
- 2- Garantizar el acceso a información social, laboral y de acceso a recursos y potenciar la participación e integración social. Alcanzado parcialmente. En desarrollo.

Actividades:

- 1- Crear flujograma de procedimiento y documento "Hoja de detección de necesidades y derivación de casos" Realizado.
- 2-Una reunión al inicio del Proyecto. Realizada: 03/10/2018
- 3-Una reunión al año de funcionamiento. Evaluación y aspectos a mejorar. La reunión de evaluación se llevó a cabo en fecha 05/02/2018, con motivo de la elaboración de la memoria de seguimiento.
4. Realización desde Unidad de TS una primera entrevista y en su caso entrevistas de seguimiento individual y/o familiar, incluyendo mínimo una visita domiciliaria. Realizado.

Estudio de datos cuantitativos:

Número de pacientes derivados USM 5
Número de pacientes atendidos en Unidad de Trabajo Social (de los derivados) 5

Número de pacientes derivados USMIJ. 0
Número de pacientes atendidos en Unidad de Trabajo Social (de los derivados)

Número de pacientes derivados UCE 2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0253

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM/USMIJ/UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL

Número de pacientes atendidos en Unidad de Trabajo Social (de los derivados) 2

Número de visitas domiciliarias realizadas. 2 (En algunos de los casos se ha valorado más oportuno no realizar una visita domiciliaria inicial y plantearla en su caso más adelante como visita de seguimiento.)

Número de entrevistas realizadas 6

Número de derivaciones realizadas a otros recursos (laborales, educativos, de ocio y tiempo libre...etc) 3

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Observamos que, dado que la reunión de puesta en marcha del proyecto (tras la etapa previa de acuerdos, elaboración del procedimiento y hoja de derivación) se realizó en octubre de 2018, todavía llevamos poco tiempo de desarrollo (cinco meses). Se considera necesario y adecuado darle continuidad durante el 2019, a fin de desarrollarlo en su totalidad, modificar aspectos en los que detectamos necesidad de mejora...etc.

- Aspectos que valoramos positivamente:

Alta motivación e implicación del equipo de trabajo. Participación activa por parte de todos los miembros. Intercambio fluido de comunicación.

- Aspectos a mejorar (según los acuerdos establecidos por el Equipo de Trabajo en la reunión de evaluación 05/02/2019)

Derivaciones

Consideramos adecuado ampliar la direccionalidad del proyecto, de forma que se puedan derivar casos tanto de las Unidades de Salud Mental a las Unidades de Trabajo Social como a la inversa. Se modifica por tanto la documentación del proyecto.

Documentación

Se han detectado aspectos a mejorar en la "Hoja de derivación" y se ha considerado necesario modificarla y añadir la posibilidad de derivación inversa, desde las Unidades de T Social a las Unidades de Salud Mental. Se modifica también el procedimiento, añadiendo los pasos a dar para derivar desde las Unidades de Trabajo Social.

Comunicaciones / Informática

Consideramos adecuado crear un grupo de WhatsApp entre las personas que formamos el equipo de mejora. para facilitar la coordinación. (Creado: 05/02/19)
Se acuerda crear grupo de Google Drive para compartir archivos (para la documentación sin datos personales de pacientes) y elaboración y revisión conjunta de de documentos propios del proyecto. (Creado 12/02/2019.)

Observamos que mejorar los conocimientos informáticos de los profesionales facilitaría el intercambio de archivos con datos protegidos. Para el envío de la "Hoja de derivación", con datos de pacientes, se acordó proteger el documento enviándolo con contraseña, lo que inicialmente supuso algunas dificultades para las que tuvimos que solicitar asistencia al equipo de informáticos (desconocimiento del manejo, no todas las unidades de trabajo tienen el mismo programa de compresión de archivos...etc)

Intercambio de información

Está previsto que en 2019 se implemente aplicación informática con Historia Clínica Electrónica y posibilidad de Interconsultas con Psiquiatría. Este sistema supondría una mejora en el intercambio de información y en el acceso a la misma. Hasta que no se ponga en funcionamiento continuamos con intercambio de información vía correo electrónico. Observamos que resulta más útil el intercambio de información escrita que en conversaciones telefónicas, ya que queda toda la información registrada y se convierte en una ocasión para reflexionar más a fondo sobre el caso por parte de todos los profesionales implicados.

Gestión de tiempos

Observamos que por falta de tiempo en alguna ocasión se han abordado los casos en un plazo más largo o con menos intensidad de seguimiento que la que consideraríamos idónea (Trabajadoras Sociales).

Reuniones

Realizar un acta resumen de las reuniones posibilitaría tener la información más organizada, principalmente de los acuerdos que se establezcan, así como de propuestas y sugerencias.

7. OBSERVACIONES.

De la implementación del programa valoramos la necesidad de darle continuidad, trabajando de forma multidisciplinar y en colaboración estrecha, con la finalidad de realizar un enfoque integrado del paciente usuario de recursos de Salud Mental y Trabajo Social.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/253 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0253

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM/USMIJ/UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL

Nº de registro: 0253

Título
PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM / USMIJ / UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL AT. PRIMARIA SECTOR TERUEL

Autores:
GARCES MORERA CARMEN, LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA, BLASCO MAS MIGUEL, PEREYRA GRUSTAN LORENA, ALMAZAN CALVE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

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
Desde las Unidades de Trabajo Social de At Primaria y desde la Unidad de Salud Mental del sector Teruel observamos la necesidad de establecer un procedimiento formal de coordinación y derivación de casos de pacientes atendidos en Salud Mental que posibilite una mejora en la detección y atención de las necesidades sociales que esta población presenta. Observamos que son pacientes que por sus propias patologías tienen limitado su acceso a información, recursos y participación social, lo que aumenta el riesgo de exclusión social. Consideramos que establecer cauces formales de coordinación supondrá una mejora en la detección de necesidades y en la atención a las mismas respecto a la coordinación informal que ya se está realizando, máxime cuando la dotación de Trabajadoras Sociales en nuestro sector, tanto en Atención Primaria como en Salud Mental, es claramente insuficiente.

Debido a las características específicas de las personas con problemas de salud mental se requiere un abordaje multidisciplinar, con el objetivo de mejorar la calidad de las actuaciones.

Pacientes que presenten déficits relativos a :

- autonomía personal y autocuidado
- adecuada adherencia al seguimiento en Salud Mental y/o al tratamiento farmacológico
- falta de habilidades sociales
- problemática familiar / entorno comunitario
- formación, empleo

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un procedimiento de derivación de pacientes atendidos por Salud Mental que posibilite el estudio de sus necesidades sociales.
- Garantizar el acceso a información social, laboral y de acceso a recursos y potenciar la participación e integración social.

Dado que todos los Centros de Salud del Sector Teruel no cuentan con Unidad de Trabajo Social, en este proyecto se incluyen exclusivamente pacientes de los siguientes Centros de Salud: Calamocha, Monreal del Campo, Teruel Centro, Teruel Ensanche y Utrillas.

MÉTODO

- Crear flujograma de procedimiento y documento Hoja de Detección de Necesidades Sociales y Derivación de Casos.
- Una reunión al inicio del Proyecto (USM/ USMIJ/ UCE/ TS HOP/ TSs At Primaria)
- Una reunión al año de funcionamiento. Evaluación y detección de aspectos a mejorar.
- Realización desde Unidad de TS de una 1ª entrevista y en su caso entrevistas de seguimiento individual y/o familiar, incluyendo mínimo una visita domiciliaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0253

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM/USMIJ/UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL

INDICADORES

Estudio de datos cuantitativos:

Número de pacientes derivados USM. Número de pacientes atendidos Unidad Trabajo Social (de los derivados).
Número de pacientes derivados USMIJ. Número de pacientes atendidos Unidad Trabajo Social (de los derivados).
Número de pacientes derivados UCE. Número de pacientes atendidos Unidad Trabajo Social (de los derivados).
Número de visitas domiciliarias realizadas.
Número de entrevistas realizadas.
Número de derivaciones realizadas a otros recursos (laborales, educativos, de ocio y tiempo libre... etc.)

DURACIÓN

Elaboración de Flujograma de procedimiento y Hoja de Detección de Necesidades y Derivación de Casos: Abril 2018
Primera reunión de coordinación: Mayo 2018.
Reunión de seguimiento anual. Evaluación. Mayo 2019. *

*Se podrá realizar reunión de revisión a los seis meses si se considera necesario (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 - 2018/0304

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE EVA TRILLO CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TUNDIDOR SARASA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CAPTACION PACIENTES: publicación de la actividad a nivel comunitario mediante carteles en consultas y pasillos de centro de salud, indicando fecha de realización, contenido del taller y forma de inscripción. Método de captación activamente en consultas a través de medicina y/o enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realiza sesión presencial de hora y media con exposición breve de 35 min y posteriormente puesta en común, diálogo asertivo entre participantes y resolución de dudas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como fortalezas: valoración muy positiva a nivel comunitario de la actividad y gran interés poblacional.
Limitaciones: bajo nivel de participación por inefectiva difusión. A mejorar este aspecto en un futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/304 ===== ***

Nº de registro: 0304

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Autores:
TRILLO CALVO EVA, TUNDIDOR SARASA NURIA, CASANOVA CASANOVA TERESA, AISA PASCUAL ANTONIO, INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR, GOMEZ GALVE LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Recientemente se está impulsando la realización de actividades para la Comunidad dada su importancia y evidencia en la mejoría de la Salud poblacional.
En el Equipo de Atención Primaria (EAP) de Calamocha no existe una cultura arraigada de realizar este tipo de actividades, orientadas a promocionar la salud de nuestros pacientes, intentando hacerles partícipes en su proceso de enfermedad.
Pensamos que las características de la Zona Básica de Salud (ZBS) de ámbito rural y la dispersión geográfica hacen que se tienda a realizar actividades educativas principalmente de tipo individual.
Con este proyecto se pretende reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como empoderar a nuestros pacientes diabéticos y conseguir un acercamiento con la población que atendemos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Activación del EAP en relación con la Mejora de Calidad
- Mejorar el conocimiento de enfermedad en nuestra población diabética tipo 2
- Mejorar el nivel de salud en los pacientes diabéticos tipo 2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0304

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

MÉTODO

Captación:

Se realizará mediante captación activa desde las consultas de los profesionales integrados en el grupo de mejora y a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del Centro de Salud, zona de admisión y salas de espera. Contendrán información básica con fechas de realización, contenido del taller y forma de inscripción.

Sesiones Programadas

Se van a programar dos sesiones consecutivas de 30 minutos de exposición teórica y otros 30 minutos de diálogo, impulsando una comunicación activa entre pacientes y formadores. Se realizarán semanalmente en horario de 10-11.30h, en la sala de reuniones del Centro de Salud, impartidas cada una de ellas por dos miembros del equipo de mejora. Buscaremos un aforo óptimo de 12-15 pacientes para hacer una formación más personalizada. Se hará uso de material audiovisual realizado por el equipo.

INDICADORES

Con la intención de conocer la educación en diabetes de nuestra población y comprobar la efectividad de nuestro proyecto, pasaremos unas breves preguntas ANTES y DESPUÉS de finalizar la actividad. De esta manera podremos saber el punto de partida de nuestros pacientes, como hemos ayudado a mejorar el conocimiento sobre su enfermedad, conocer su grado de satisfacción y detectar posibles líneas de mejora. Además incluiremos un apartado libre de escritura para que los asistentes sugieran líneas de interés para ellos.

DURACIÓN

El organigrama prefijado será:

1ª Sesión: Parte médica. Concepto básicos.

Ponentes: Eva Trillo Calvo, Nuria Tundidor Sarasa, Antonio Aisa y Teresa Casanova

Temática:

¿Qué es la DM y cómo se produce?

¿Cómo se diagnostica? ¿síntomas?

¿Cuántos tipos de DM hay? ¿Cuál es la más frecuente?

Tratamiento farmacológico y hábitos saludables

Hipoglucemias: Qué son y cómo actuar.

Hiperglucemias: Qué son y cómo actuar.

2ª Sesión: Parte de Enfermería ¿Qué puedo hacer yo por mi diabetes?

Ponentes: Manuel López Martín, Pilar Inúñez y Lucía Gómez

Temática:

Cuidarse es...

Dieta equilibrada

Beneficio de la actividad física

Cuidados e higiene del pie diabético

Retinopatía diabética

Consejos para viajar con diabetes.

Cómo reaccionan las personas ante la enfermedad.

Fecha prevista de comienzo: A realizar la primera quincena de Junio 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 - 2018/0304

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE EVA TRILLO CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TUNDIDOR SARASA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Captación:

Se realizó fundamentalmente a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del Centro de Salud, zona de admisión y salas de espera. Contenían información básica como fecha de realización, contenido del taller y forma de inscripción. También se utilizó la captación activa de pacientes cuando acudían por otros motivos a consultas médicas o de enfermería, ya fuera a demanda o programada.

Sesiones realizadas:

Se programó una sesión en horario de 13.30-15 h, en la sala de reuniones del Centro de Salud, impartidas por los dos miembros del equipo, una primera parte teórica (unos 40-45 minutos), ayudado de material audiovisual realizado por el responsable del proyecto y una segunda fase en forma de diálogo abierto entre todos los asistentes (otros 45 minutos).

Los contenidos y número de asistentes fueron:

Ponentes: Eva Trillo Calvo y Nuria Tundidor Sarasa

Número de asistentes: 6.

Temática: introducción, concepto de diabetes, como se diagnostica, líneas de tratamiento, actividades preventivas, principales complicaciones, dieta y ejercicio, hipoglucemia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Valoración de las sesiones

Al finalizar la sesión se pasó una encuesta elaborada ad hoc para este proyecto a todos los asistentes para que valoraran la actividad. La media de los resultados obtenidos fueron (escala de puntuación: 1 puntuación mínima, 5 puntuación máxima)

- La duración de la actividad formativa ha sido:	4,57
- La actividad formativa ha cubierto mis expectativas:	4,28
- La actividad me va a ser muy útil en mi trabajo diario:	4,00
- El material utilizado en el curso ha sido adecuado:	4,85
- Valoración del formador:	5,00
- En general, el curso me ha parecido:	5,00

Los participantes en las sesiones mostraron personalmente su satisfacción con las sesiones realizadas y expresaron el deseo de que se organizaran más actividades como la realizada, mostrando su interés en participar en futuros talleres formativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los participantes en el proyecto valoran la actividad realizada como muy positiva.

Se ha observado que existe gran interés por parte de la comunidad en participar en talleres formativos sobre temas de salud, habiendo una preocupación de los usuarios sobre su estado de salud, determinadas patologías crónicas como la diabetes, enfermedad pulmonar crónica, hipertensión arterial, etc. y su manejo, abriendo la posibilidad de crear nuevas actividades de este tipo en tiempos futuros (actividades de promoción para la salud y prevención de la enfermedad).

Como coordinadora del proyecto considero que el tiempo empleado en la preparación de las sesiones, así como los materiales y medios empleados no han sido excesivos y dado que ya dispongo de un boceto preparado, podemos utilizarlo en la elaboración de nuevos talleres dedicados a nuevos pacientes.

Como elemento negativo, somos críticos con el escaso número de participantes conseguidos (se tenía previsto alcanzar un número de participantes por sesión de 15 - 20 personas y se alcanzó un máximo de 6 personas en la sesión). El motivo de esta baja participación consideramos que es por la baja e inefectiva difusión del taller, no siendo suficiente los carteles dispuestos en el Centro de Salud, sino que debemos buscar más activamente a posibles participantes, motivando a la población, dando más información en las consultas, utilizando redes sociales y recordando individualmente en las fechas previas a su realización (vía telefónicamente por ejemplo) para que recuerden la cita.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/304 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0304

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Nº de registro: 0304

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Autores:
TRILLO CALVO EVA, TUNDIDOR SARASA NURIA, CASANOVA CASANOVA TERESA, AISA PASCUAL ANTONIO, INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR, GOMEZ GALVE LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Recientemente se está impulsando la realización de actividades para la Comunidad dada su importancia y evidencia en la mejoría de la Salud poblacional.
En el Equipo de Atención Primaria (EAP) de Calamocha no existe una cultura arraigada de realizar este tipo de actividades, orientadas a promocionar la salud de nuestros pacientes, intentando hacerles partícipes en su proceso de enfermedad.
Pensamos que las características de la Zona Básica de Salud (ZBS) de ámbito rural y la dispersión geográfica hacen que se tienda a realizar actividades educativas principalmente de tipo individual.
Con este proyecto se pretende reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como empoderar a nuestros pacientes diabéticos y conseguir un acercamiento con la población que atendemos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Activación del EAP en relación con la Mejora de Calidad
- Mejorar el conocimiento de enfermedad en nuestra población diabética tipo 2
- Mejorar el nivel de salud en los pacientes diabéticos tipo 2

MÉTODO
Captación:
Se realizará mediante captación activa desde las consultas de los profesionales integrados en el grupo de mejora y a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del Centro de Salud, zona de admisión y salas de espera. Contendrán información básica con fechas de realización, contenido del taller y forma de inscripción.

Sesiones Programadas
Se van a programar dos sesiones consecutivas de 30 minutos de exposición teórica y otros 30 minutos de diálogo, impulsando una comunicación activa entre pacientes y formadores. Se realizarán semanalmente en horario de 10-11.30h, en la sala de reuniones del Centro de Salud, impartidas cada una de ellas por dos miembros del equipo de mejora. Buscaremos un aforo óptimo de 12-15 pacientes para hacer una formación más personalizada. Se hará uso de material audiovisual realizado por el equipo.

INDICADORES
Con la intención de conocer la educación en diabetes de nuestra población y comprobar la efectividad de nuestro proyecto, pasaremos unas breves preguntas ANTES y DESPUÉS de finalizar la actividad. De esta manera podremos saber el punto de partida de nuestros pacientes, como hemos ayudado a mejorar el conocimiento sobre su enfermedad, conocer su grado de satisfacción y detectar posibles líneas de mejora. Además incluiremos un apartado libre de escritura para que los asistentes sugieran líneas de interés para ellos.

DURACIÓN
El organigrama prefijado será:

1ª Sesión: Parte médica. Concepto básicos.
Ponentes: Eva Trillo Calvo, Nuria Tundidor Sarasa, Antonio Aisa y Teresa Casanova
Temática:
¿Qué es la DM y cómo se produce?
¿Cómo se diagnostica? ¿síntomas?
¿Cuántos tipos de DM hay? ¿Cuál es la más frecuente?
Tratamiento farmacológico y hábitos saludables

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0304

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Hipoglucemias: Qué son y cómo actuar.
Hiperglucemias: Qué son y cómo actuar.

2ª Sesión: Parte de Enfermería ¿Qué puedo hacer yo por mi diabetes?

Ponentes: Manuel López Martín, Pilar Inúñez y Lucia Gómez

Temática:

Cuidarse es...

Dieta equilibrada

Beneficio de la actividad física

Cuidados e higiene del pie diabético

Retinopatía diabética

Consejos para viajar con diabetes.

Cómo reaccionan las personas ante la enfermedad.

Fecha prevista de comienzo: A realizar la primera quincena de Junio 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 - 2018/0306

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD: FOMENTANDO HABITOS SALUDABLES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE NURIA TUNDIDOR SARASA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRILLO CALVO EVA
POLO BLASCO MARIA LUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Captación: Se realizó a través de cartelería informando de la charla a realizar y horario y lugar de realización. Se distribuyeron por el centro de salud y consultorios y en otras dependencias como hogar del jubilado y ayuntamiento.

Sesiones realizadas: Charla abierta a dialogo con los asistentes en todo momento, sobre hábitos cardiosaludables, incidiendo sobre todo en dieta y tabaco y muy especialmente en el ejercicio, ayudada por material audiovisual realizado por la responsable del proyecto.

Previo a la sesión se realiza entrevista realizada a Calamocha TV indicando la necesidad de realizar este tipo de hábitos cardiosaludables y las consecuencias de no llevarlos a cabo, así como la intención de realizar un grupo para caminatas.

Ponentes: Nuria Tundidor Sarasa y M Luz Polo Blasco
Nº de asistentes: 5

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A la finalización de la sesión se les informa de la intención de realizar un grupo para realizar caminatas, intentando incentivar la forma de realizarla de una forma amena. De momento no quieren realizarlo.

Se les pasa una encuesta de valoración con una escala de 1 a 10, aportando una media de las siguientes preguntas:

- La duración de la actividad formativa ha sido: 9
- La actividad formativa ha cubierto mis expectativas : 8.8
- La actividad va a ser útil en mi vida diaria: 9
- El material utilizado en el curso ha sido adecuado: 8.6
- Valoración de los formadores: 9.6
- En general el curso me ha parecido: 9.2

También se incluyó un apartado de sugerencias en el que no han apuntado nada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dada la poca participación por parte de la población, es difícil la realización de un grupo para caminar, aunque espero que la difusión de la entrevista por Calamocha TV, que puede que llegue a más gente provoque, quizá, la realización de dicho grupo.

Quizá este tipo de sesiones sea más efectivo realizandolas en ambitos más especificos como Asociación de amas de casa, instituto... que a nivel de población general.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/306 ===== ***

Nº de registro: 0306

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: FOMENTANDO HABITOS SALUDABLES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Autores:
TUNDIDOR SARASA NURIA, TRILLO CALVO EVA, AISA PASCUAL ANTONIO, BAQUERIZO GRACIA ISABEL, LOPEZ MARTIN MANUEL, POLO BLASCO MARIA LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0306

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD: FOMENTANDO HABITOS SALUDABLES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Recientemente se está impulsando la realización de actividades para la Comunidad dada su importancia y evidencia en la mejoría de la Salud poblacional. En el Equipo de Atención Primaria (EAP) de Calamocha no existe una cultura arraigada de realizar este tipo de actividades, orientadas a promocionar la salud de nuestros pacientes, intentando hacerles partícipes en su proceso de enfermedad. Pensamos que las características de la Zona Básica de Salud (ZBS) de ámbito rural y la dispersión geográfica hacen que se tienda a realizar actividades educativas principalmente de tipo individual. Con este proyecto se pretende reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como empoderar a nuestros pacientes y conseguir un acercamiento con la población que atendemos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Activación del EAP en relación con la Mejora de Calidad
- Mejorar el conocimiento de hábitos cardiosaludables
- Mejorar el nivel de salud en los pacientes mediante prevención primaria.

MÉTODO

Captación:

Se realizará mediante captación activa desde las consultas de los profesionales integrados en el grupo de mejora y a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del Centro de Salud, zona de admisión y salas de espera. Contendrán información básica con fechas de realización, contenido del taller y forma de inscripción.

Sesiones Programadas

Se van a programar una sesión presencial teórica de 30 minutos de exposición teórica y otros 30 minutos de diálogo, impulsando una comunicación activa entre pacientes y formadores. Se realizará en horario de 10-11.30h, en la sala de reuniones del Centro de Salud, impartida por varios miembros del equipo de mejora. Buscaremos un aforo óptimo de 12-15 pacientes para hacer una formación más personalizada. Se hará uso de material audiovisual realizado por el equipo.

Posteriormente impulsaremos un grupo de "caminatas cardiosaludables" con el fin de empoderar a nuestros pacientes para consolidar este tipo de actividades en la Comunidad.

INDICADORES

Con la intención de valorar los conocimientos de nuestra población sobre hábitos saludables y comprobar la efectividad de nuestro proyecto, pasaremos unas breves preguntas ANTES y DESPUÉS de finalizar la actividad. De esta manera podremos saber el punto de partida de nuestros pacientes, como hemos ayudado a mejorar el conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular, conocer su grado de satisfacción y detectar posibles temas de abordaje en un futuro. Además incluiremos un apartado libre de escritura para que los asistentes sugieran líneas de interés para ellos.

DURACIÓN

El organigrama prefijado será:

Sesión: Informando y motivando a nuestros pacientes.

Ponentes: Nuria Tundidor Sarasa, Isabel Baqueizo y Manuel López Martín.

Temática:

¿Qué entendemos por Salud?

¿Cómo podemos fomentar nuestra salud y prevenir enfermedades futuras?

Principales factores de riesgo modificables: obesidad, tabaco y sedentarismo.

Motivación para el cambio de hábitos

Mapa de activos

Paciente activo: empoderar y activar a nuestros pacientes

Segunda fase:

Responsables: todos los miembros del grupo de mejora.

Caminata cardiosaludable de 9.30-10.30h, 2 veces a la semana.

Terminaremos con un almuerzo cardiosaludable para aprender la base de una buena dieta mediterránea y mejorar hábitos alimenticios.

De esta manera pretendemos incidir en los principales factores de riesgo modificables: sedentarismo, dieta y obesidad.

Fecha prevista de inicio: mes de Junio de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0306

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD: FOMENTANDO HABITOS SALUDABLES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0540

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ANA ISABEL ZABALA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ACHA DOMINGUEZ JESUS
CALVO HERRERA ENRIQUE
FALOMIR ROS ROSA
GARCES MORERA CARMEN
GOMEZ GALVEZ LUCIA
IBÁÑEZ CATALAN JULIA
PONS TURO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para el desarrollo del proyecto y a lo largo del año de duración del mismo se han realizado cuatro reuniones principales con el Equipo de Trabajo: dos iniciales para el diseño y presentación de la solicitud del Proyecto (28 de marzo de 2018 y 4 de abril de 2018), una tercera para concretar cómo hacer el tríptico y qué información queríamos incluir (31 de mayo de 2018) y una cuarta para la revisión final del tríptico (30 de enero de 2019). Aparte de estas reuniones con todo el Equipo de Trabajo también se han realizado otras durante este año para revisión de textos y elaboración de memoria final.

En los dos Consejos de Salud convocados durante el tiempo de duración del Proyecto (05/06/18 y 29/11/18) se informó tanto de la presentación del Proyecto como de la elaboración de un tríptico informativo, quedando pendiente en el siguiente Consejo de Salud que se convoque informar sobre la finalización del Proyecto y presentar el tríptico a los miembros del Consejo.

En el Consejo de Salud celebrado en junio de 2018, el alcalde de Calamocha informó de la posibilidad de incluir esta información del Centro de Salud que queríamos transmitir a los/as usuarios/as en la aplicación móvil "Mi municipio al día", utilizada por el Ayuntamiento de la localidad para la difusión de información. Actualmente en la citada aplicación (app) hay un apartado reservado a datos e información del C.E.I.P. Ricardo Mallén (colegio público de Educación Infantil y Primaria) y se nos propuso la posibilidad de incluir también un apartado de información del Centro de Salud. (Actualmente está pendiente de inclusión).

ELABORACIÓN DE MATERIAL: TRÍPTICO INFORMATIVO

Para el desarrollo del presente proyecto, con el objetivo de mejorar el uso de los servicios del Centro de Salud de Calamocha por parte de los usuarios/as, nos planteamos el diseño, edición y difusión de un tríptico informativo para proporcionar la información que queríamos hacer llegar a la población destinataria. Entre los objetivos planteados estaban, entre otros: dar publicidad de horarios y servicios, fomentar un uso responsable de los Servicios de Atención Continuada, potenciar la función del médico de Atención Primaria.

Se diseñó un folleto tipo tríptico en el que incluimos la siguiente información:

Resumen del tríptico.

ANVERSO -

Parte 1
Información sobre uso responsable de los servicios de urgencias. Explicación del concepto "atención urgente". Información extraída de la página "Salud Informa". Imagen de libre uso.

Parte 2
"Información para recordar". Listado de ocho puntos en los que se recuerdan aspectos como: la importancia del autocuidado, sistema de cita previa, horarios de urgencias, avisos a domicilio, traslados sanitarios...etc. Invitación a la participación y aportación de ideas a través del "Buzón de Sugerencias".

Parte 3
Identificación del Centro de Salud (dirección, localidad, teléfono, sector), fotografía del C Salud (realizada y editada por uno de los miembros del equipo), logos de Servicio de Aragón de Salud y del Gobierno de Aragón.

REVERSO-

Parte 1
Información: teléfonos de emergencias sanitarias, urgencias C.Salud, horarios y cita previa. Información sobre profesionales, número de consultorios locales, unidades de apoyo y atención continuada.

Parte 2
Dirección y teléfonos de los siguientes servicios especializados: Unidad de Salud Mental, Odontología. Hospitales de referencia. Imagen de libre uso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0540

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA

Parte 3

Listado de los 22 Consultorios Locales. Imagen de libre uso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el momento de redacción de la presente memoria el folleto está finalizado y pendiente de impresión. Estamos pendientes de la posibilidad de imprimir en color y con papel específico. Si no fuese posible se imprimiría en tinta negra y con folios de color claro para conseguir una mejor estética que con folio reciclado o blanco.

Tareas pendientes:

1-Impresión y difusión del tríptico.

2-Realizar una encuesta de satisfacción (con muestra de población) una vez haya pasado un mes desde la difusión del tríptico en el Centro de Salud y en los Consultorios Locales. Se informará a Dirección-Gerencia del Sector Teruel de los resultados de la citada encuesta.

Tipo de encuesta: Valoración 5 preguntas. Anónima. Incluirá datos de: edad, sexo.

Objetivos alcanzados:

Si bien el objetivo del Proyecto: " Dar publicidad de horarios y servicios" quedaría conseguido en cuanto se inicie la difusión del folleto, hemos observado que algunos de los objetivos (como "evitar consumo innecesario de recursos en derivaciones a especializada y transporte sanitario) resultan muy difíciles de alcanzar únicamente mediante la difusión de información.

Otro de los errores que hemos detectado en esta etapa final es que los indicadores y evaluación que incluimos ("coeficiente de consultas con cita previa/consultas locales, índice de frecuentación e índice de asistencias en atención continuada y asistencia por su médico de atención primaria"), exceptuando la encuesta de satisfacción a los/as usuarios/as, son difícilmente medibles y analizables y no se corresponden con la acción de difusión de información, de forma que aún consiguiendo disponer de los datos no podríamos establecer una relación directa con la difusión de información realizada, ya que tanto el índice de frecuentación como el índice de asistencias en Atención Continuada no permitirían extraer conclusiones porque no reflejarían los efectos reales de la difusión de la información, que dependen también de otros factores (ej: los cupos de los Consultorios Locales y en general del C Salud de Calamocha se incrementan de forma considerable en los meses de verano con motivo de desplazamientos temporales desde las actuales localidades de residencia de los pacientes a las localidades de origen).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una de las conclusiones a las que llegamos tras la elaboración del Proyecto es que es necesario concretar muy bien los distintos apartados de los proyectos, tal y como se nos indicó en la Sesión Formativa sobre Proyectos de Mejora Comunitaria realizada en Teruel en fecha 06/06/18, donde algunas personas de este Equipo de Mejora estuvimos trabajando los distintos apartados de los proyectos presentados y nos dimos cuenta de la necesidad de definir muy bien los proyectos, especialmente los objetivos e indicadores de evaluación.

Tras la asistencia a la citada sesión y en el momento de elaborar esta memoria final observamos que necesitamos más formación para mejorar la elaboración y puesta en marcha de proyectos. En la sesión formativa se realizó una parte práctica en la que estudiamos y trabajamos los Proyectos de Mejora que habíamos presentado y pudimos apreciar errores importantes que iban a dificultar posteriormente el desarrollo y evaluación.

Observamos, de cara a futuras presentaciones y diseño de proyectos que resulta imprescindible fijar objetivos alcanzables y no excesivamente ambiciosos, así como indicadores muy concretos y medibles que nos sirvan para comparar datos, medir resultados, analizar y extraer conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/540 ===== ***

Nº de registro: 0540

Título

RECOMENDACIONES DE USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA

Autores:

ZABALA GARCIA ANA ISABEL, ACHA DOMINGUEZ JESUS, CALVO HERRERA ENRIQUE, FALOMIR ROS ROSA, GARCES MORERA CARMEN, GOMEZ GALVE LUCIA, IBAÑEZ CATALAN JULIA, PONS TURO PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0540

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha observado un mal uso de los usuarios del Centro de Salud, probablemente por falta de conocimiento o desinterés, situación que vamos a tratar de corregir o mejorar con la elaboración de la guía propuesta, programación de consultas de cita previa y uso racional de Servicio de Urgencias/Atención Continuada. Nos apoyamos en la normativa vigente:

-Decreto 59/1997 de Reglamento de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Aragón.
Art.23. Asistencia y programación de consultas.
Art.24. Unificación de criterios.
Art.33. Participación comunitaria.
Art.34. Iniciativas del equipo.
Art.43. Publicación de horarios y servicios.
-Ley de Salud de Aragón 6/2002 de 15 de Abril.
Titulo II Art.5. Deberes.
-Estrategia de Atención Comunitaria, iniciativa del Departamento de Sanidad orientada a promover la salud y el bienestar de las personas en Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS

-Dar publicidad de horarios y servicios.
-Mejorar la gestión de la demanda tendiendo a la cita programada.
-Fomentar un uso responsable de los servicios de Atención Continuada.
-Mejorar la equidad en el acceso, dando prioridad a la cita previa ante los no citados.
-Evitar consumo innecesario de recursos en derivaciones a especializada y transporte sanitario.
-Potenciar la función del médico de Atención Primaria.
-Fomentar la participación del paciente en la gestión del sistema sanitario.
-Mejorar la satisfacción del paciente.

MÉTODO

-Elaboración de guía de bolsillo y cartelería.
-Difusión a través del Consejo de Salud.
-Recomendaciones a la población. Educación sanitaria.

INDICADORES

-Coeficiente consultas con cita previa/consultas totales.
-Índice de frecuentación.
-Encuesta de satisfacción.
-Índice asistencias en Atención Continuada/Asistencia por su médico de Atención Primaria.

DURACIÓN

-Un año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0214

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD. PROGRAMA RADIOFONICO: EDUCACION SANITARIA EN ZONAS BASICAS DE SALUD RURAL EN LA PROVINCIA DE TERUEL

Fecha de entrada: 19/12/2019

2. RESPONSABLE EVA TRILLO CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMERO VIGARA JUAN CARLOS
TUNDIDOR SARASA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras su correcta planificación, elaboramos un programa de sesiones quincenal con temática de interés y prevalente en la población.

Se han emitido todos los martes en horario de 13.30 a 14 h, desde Radio Calamocha. Los temas y contenidos abordados han sido:

1º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo
Fecha: 29 de enero de 2019
Temática: Gripe y catarros.

2º programa:

Ponente: Juan Carlos Romero Vigara
Fecha: 12 de febrero de 2019
Temática: Alimentación saludable.

3º programa:

Ponente: Nuria Tundidor Sarasa
Fecha: 26 de febrero de 2019
Temática: Obesidad y sedentarismo.

4º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo
Fecha: 12 de marzo de 2019
Temática: Beneficios del ejercicio físico.

5º programa:

Ponente: Juan Carlos Romero Vigara
Fecha: 26 de marzo de 2019
Temática: Diabetes.

6º programa:

Ponente: Nuria Tundidor Sarasa
Fecha: 7 de mayo de 2019
Temática: Tabaco
<http://www.radiocalamocha.es/fonoteca/audio.php/radio-y-salud-tabaquismo-07-05-2019-7480>

7º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo
Fecha: 21 de mayo de 2019
Temática: Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica.
<http://www.radiocalamocha.es/fonoteca/audio.php/radio-y-salud-epoc-7486>

8º programa:

Ponente: Juan Carlos Romero Vigara
Fecha: 4 de junio de 2019
Temática: Cáncer.
<http://www.radiocalamocha.es/fonoteca/audio.php/radio-y-salud-cancer-04-06-2019-7549>

9º programa:

Ponente: Nuria Tundidor Sarasa
Fecha: 18 de junio de 2019
Temática: Sol y cáncer de piel
<http://www.radiocalamocha.es/fonoteca/audio.php/radio-y-salud-sol-y-cancer-de-piel-7625>

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0214

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD. PROGRAMA RADIOFONICO: EDUCACION SANITARIA EN ZONAS BASICAS DE SALUD RURAL EN LA PROVINCIA DE TERUEL

Tras el éxito de la actividad, hemos relanzado la actividad por segundo año consecutivo (2019/2020), en esta ocasión con la colaboración de una psicóloga y una odontóloga para abordar más temas de interés y de manera multidisciplinar. Además todas la grabaciones se están colgando en la web www.pacientesemergentes.es, una iniciativa que intenta, ante el exceso de información médica al alcance de cualquier internauta y de los riesgos que ello supone para la salud de la población, acceder a una web cuyo objetivo es informar y formar al paciente con criterios médicos adecuados, consensuados y de rigor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos logrado consolidar el EAP en relación con la Mejora de Calidad. Además contribuye a difundir Educación Sanitaria en zonas rurales de manera muy eficiente e indirectamente, mejora el conocimiento a nivel poblacional en temas relacionados con la Salud, el bienestar y el autocuidado.

7. OBSERVACIONES.

Dados como finalizado el proyecto ya que se incorporan nuevos compañeros de otras especialidades /profesiones y consideramos que es un proyecto nuevo, aun mas mejorado.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/214 ===== ***

Nº de registro: 0214

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD. PROGRAMA RADIOFONICO: EDUCACION SANITARIA EN ZONAS BASICAS DE SALUD RURAL EN LA PROVINCIA DE TERUEL

Autores:
TRILLO CALVO EVA, ROMERO VIGARA JUAN CARLOS, TUNDIDOR SARASA NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: educación sanitaria englobando patologías frecuentes en la comunidad.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el EAP de Calamocha existe la cultura de realizar actividades de promoción para la salud y educación sanitaria desde hace unos años, en parte motivado por el ámbito rural, la gran dispersión geográfica, los problemas de desplazamiento, falta de infraestructuras y el envejecimiento poblacional, lo cual hace muy provechoso este tipo de actividades.

Con este proyecto se pretende hacer llegar información verídica, de rigor y supervisada por varios facultativos que desempeñan su labor asistencial en la provincia de Teruel, promoviendo la política en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento en Salud a nivel poblacional, facilitando el empoderamiento del paciente y la posibilidad de autocuidado desde el punto de vista de la prevención de la enfermedad, de una forma accesible, económica y lúdica.

RESULTADOS ESPERADOS

- Consolidación del EAP en relación con la Mejora de Calidad.
- Difundir Educación Sanitaria en zonas rurales de manera eficiente.
- Mejorar el conocimiento a nivel poblacional en temas relacionados con la Salud, el bienestar y el autocuidado.
- Fomentar el empoderamiento del paciente, promoviendo que adopte una actitud proactiva a la hora de mejorar su salud y de prevenir la enfermedad.

MÉTODO

Planificación:
Se planificó una reunión con una radio local de la zona básica de salud de calamocha (Teruel) para valorar la posibilidad e interés de diseñar un programa de difusión en relación con temas de la salud a nivel

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0214

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD. PROGRAMA RADIOFONICO: EDUCACION SANITARIA EN ZONAS BASICAS DE SALUD RURAL EN LA PROVINCIA DE TERUEL

poblacional. Una vez confirmado el interés potencial en la actividad, sus beneficios en relación a la labor formativa y divulgativa, se ha diseñado un cronograma, selección de temas/ patologías más prevalentes y de mayor interés a nivel de la comunidad.

Sesiones Programadas:

Se han programado diez sesiones radiofónicas, realizadas con una cadencia quincenal. Se emitirán por tanto cada quince días, todos los martes en horario de 13.30 a 14 h, desde Radio Calamocho, elaboradas e impartidas cada una de ellas por los tres miembros del equipo de mejora. Los temas, contenidos y fechas de emisión están perfectamente estructurados mediante organigrama temporal.

INDICADORES

Dado que la elaboración y uso de indicadores para valorar posteriormente el programa es muy dificultoso, se ha decidido elaborar posteriormente un cuestionario de valoración entre los usuarios del Sistema sanitario (pacientes que acuden a consultas médicas y de enfermería) de la zona para comprobar difusión y utilidad del programa. Además, se solicitará a la radio local los resultados del EGM (estudio general de medios) para intentar conocer el impacto local de la emisión del programa.

DURACIÓN

1º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo
Fecha: 29 de enero de 2019
Temática: Gripe y catarros.

2º programa:

Ponente: Juan Carlos Romero Vigara
Fecha: 12 de febrero de 2019
Temática: Alimentación saludable.

3º programa:

Ponente: Nuria Tundidor Sarasa
Fecha: 26 de febrero de 2019
Temática: Obesidad y sedentarismo.

4º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo
Fecha: 12 de marzo de 2019
Temática: Beneficios del ejercicio físico.

5º programa:

Ponente: Juan Carlos Romero Vigara
Fecha: 26 de marzo de 2019
Temática: Diabetes.

6º programa:

Ponente: Nuria Tundidor Sarasa
Fecha: 9 de abril de 2019
Temática: Tabaco y alcohol.

7º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo
Fecha: 7 de mayo de 2019
Temática: Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica.

8º programa:

Ponente: Juan Carlos Romero Vigara
Fecha: 21 de mayo de 2019
Temática: Cáncer.

9º programa:

Ponente: Nuria Tundidor Sarasa
Fecha: 4 de junio de 2019
Temática: Artrosis y dolor.

10º programa:

Ponente: Eva Trillo Calvo
Fecha: 18 de junio de 2019
Temática: Atención Primaria y urgencias. Uso racional.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0214

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD. PROGRAMA RADIOFONICO: EDUCACION SANITARIA EN ZONAS BASICAS DE SALUD RURAL EN LA PROVINCIA DE TERUEL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0772

1. TÍTULO

RCP BASICA Y MANEJO DEL DESA EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL LAHOZ ABADIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LLANES LUÑO RICARDO
CALVO CONS ANA MARIA
BERNAL CEREZUELA INMACULADA
ZABALA GARCIA ANA
TUNDIDOR SARASA NURIA
INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR
TARTAJ TOMAS JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron, tal y como se programó en la presentación del proyecto, diferentes talleres sobre realización de RCP y manejo del DESA. Hicieron falta dos reuniones de equipo, una el 13 de febrero de 2019 y otra el 6 de junio de 2019.

Fue necesaria también la solicitud y recogida de material: varios muñecos para practicar la reanimación y un DESA de prueba. Fueron suministrados por la Unidad Docente de Teruel, que se mantuvieron cercanos y mostraron facilidades en todo momento para que se pudiera realizar la actividad sin problema. Únicamente fue necesario solicitar un periodo de tiempo en el que los muñecos estuvieran disponibles, y que toda la actividad estuviera lo más limitada posible en el tiempo (10 días en nuestro caso), puesto que los muñecos debían estar disponibles de vuelta en la Unidad para futuras actividades.

Así pues, los talleres de los diferentes pueblos se agruparon según su proximidad geográfica dentro de la ZBS de Calamocha. Se repartieron de la siguiente manera:

1. El Poyo del Cid, Fuentes Claras - Día 1 de julio de 2019.
2. Odón, Bello, Tornos - Día 3 de julio de 2019
3. Barrachina, Cutanda, Navarrete - Día 8 de julio de 2019
4. Calamocha - Día 10 de julio de 2019.

Asimismo, se contó con la colaboración del Ayuntamiento de Calamocha, que puso a nuestra disposición el Museo de Jamón para realizar la actividad. De la misma manera, el personal del museo, nos ayudó en todo momento ofreciendo todas las comodidades posibles, y asegurándose de que todo funcionase correctamente...

En segundo lugar, cabe destacar que se había valorado (y así se describió en la presentación del proyecto) repartir una encuesta al inicio del taller para indagar sobre conocimientos previos, pero finalmente no se llevó a cabo por los siguientes motivos:

- Interacción con los participantes. Las personas que asistieron, en un principio se encontraban muy cohibidas y retraídas. Nos encontramos con comentarios como: "Me da vergüenza...", "Somos los únicos que hemos venido...", "A ver si esto luego va a ser mucha responsabilidad", "No lo voy a saber hacer bien"... Con lo que preferimos realizar varias preguntas al aire para tantear los conocimientos previos y sobre todo, acercarnos a la población y romper un poco esa barrera establecida. De la otra manera, empezar con un test, se determinó que iba a ser contraproducente para obtener la cercanía con la que se quería trabajar.
- Escasos o nulos conocimientos por parte de la población. Todas las personas que asistieron no habían realizado nunca ningún taller/sesión parecida. Con lo que al lanzar preguntas al aire ya se hizo manifiesto que no iban a saber realizar el test.

Tras una breve presentación de los monitores y de los asistentes, e introducción de la actividad que se iba a realizar, se comenzó con los vídeos del taller:

1. Introducción: "Hands-only CPR - British Heart Foundation".
2. Causas de una parada cardiorrespiratoria.
3. Llamada telefónica.
4. Compresiones torácicas.
5. Ventilación boca-boca.
6. Compresiones + Ventilaciones.

En este punto, se inició la práctica de las compresiones y ventilaciones con los muñecos. Se dividía a los participantes en dos grupos (puesto que hay dos monitores) y se iban turnando. De esta forma y mediante "role-play" tomaban conciencia de la importancia de conseguir ayuda, llamar al 061, e iniciar las maniobras de reanimación, así como de las posibles dificultades que puedan surgir.

Se continuó con más vídeos para iniciar nuevos temas:

7. Obstrucción de la vía aérea del adulto - Maniobra de Heimlich.
8. Posición lateral de seguridad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0772

1. TÍTULO

RCP BASICA Y MANEJO DEL DESA EN LA COMUNIDAD

Se practicó las maniobras visualizadas entre voluntarios y se visualizaron los últimos vídeos.

9. Utilización de DESA.

10. Consideraciones especiales: piscina, nieve, vello abundante, parches de medicación...

Se practicó con el desfibrilador y se resolvieron las dudas sobre su manejo. Por último, se realizó una leve explicación sobre las características de la RCP en niños y lactantes.

Para terminar, se hizo entrega del test final de la actividad y de la encuesta de satisfacción. Atendiendo a las dudas, y consideraciones finales que pudieron surgir.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En primer lugar, respecto a la asistencia y siendo que es el primer año que se ha realizado la actividad, estamos satisfechos, a pesar de las dificultades que se han encontrado y que se comentarán posteriormente:

Asistencia. 28 personas distribuidos de la siguiente forma:

- El Poyo del Cid (incluyendo Luco de Jiloca) y Fuentes Claras: 1 y 7 personas, respectivamente.
- Tornos (que incluye Torralba de los Sisonos), Odón y Bello: 1, 5 y 7 personas.
- Cutanda (junto con Olalla, Fonfría, Collados, Valverde), Barrachina (incluyendo Torre Los Negros, Torrecilla del Rebollar, Nueros y Godos) y Navarrete del Río: 3, 2 y 0 personas.
- Calamocho: 2 personas.

Los resultados obtenidos en el test final fueron satisfactorios. El 75% de las personas obtuvieron un 10/10 de respuestas correctas (21 personas) y el 21% obtuvo 9/10 (6 personas) y un 4% obtuvo 8/10 (1 persona).

Por otro lado, en la encuesta de satisfacción (puntuada de 0 a 10) encontramos lo siguiente:

- Pregunta 1: ¿Consideras suficiente los contenidos teóricos y prácticos del curso?
 - Respuestas entre 8 y 10: el 100%
- Pregunta 2: ¿Crees que sería necesario impartir el curso nuevamente en años posteriores?
 - Respuestas entre 4 y 7: 11,5%
 - Respuestas entre 8 y 10: 88,5%
- Pregunta 3: ¿Cómo has visto la disposición y los conocimientos de los monitores que han impartido el curso?
 - Respuestas entre 8 a 10: 100%
- Pregunta 4: ¿Qué nota le pondrías al material que se os ha entregado previo al curso?
 - Respuestas entre 0 y 3: 15,4%
 - Respuestas entre 4 y 7: 34,6%
 - Respuestas entre 8 y 10: 50%
- Pregunta 5: Los materiales que hemos utilizado ¿crees que son adecuados?
 - Respuestas entre 4 y 7: 7,7%
 - Respuestas entre 8 y 10: 92,3%
- Pregunta 6: En qué medida responde el curso a lo que esperabas obtener de él.
 - Respuestas entre 4 y 7: 3,8%
 - Respuestas entre 8 y 10: 96,2%
- Pregunta 7: ¿Crees que este curso sirve para personas que no tienen conocimiento de medicina?
 - Respuestas entre 8 y 10: 100%
- Pregunta 8: Al finalizar el curso, valora personalmente los conocimientos que crees que has adquirido tras él.
 - Respuestas entre 4 y 7: 3,8%
 - Respuestas entre 8 y 10: 96,2%
- Pregunta 9: Serías capaz de realizar una RCP a alguien correctamente (teniendo en cuenta que no eres un profesional médico)?
 - Respuestas entre 0 a 3: 3,8%
 - Respuestas entre 4 a 7: 23,2%
 - Respuestas entre 8 y 10: 73%
- Pregunta 10: Escribe aquí aquellas cosas que crees que podrían cambiarse para mejorar el curso:
 - Muñecos
 - El local, hacía mucho calor
 - Hacer el taller habitualmente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En primer lugar, respecto a la asistencia, creemos que ha sido aceptable, aunque se podría mejorar. Nos hemos encontrado ante las siguientes dificultades:

- Nos comentaron que como en alguno de los pueblos han adquirido recientemente DESA por parte de los ayuntamientos, había gente interesada que ya había realizado un curso impartido por la empresa que suministraba los propios desfibriladores. Por este motivo, no acudieron a nuestro curso.
- El curso se impartió por la mañana, con lo que hubo gente que no pudo asistir debido al trabajo.
- El curso se impartió en su mayoría en Calamocho (a excepción de Odón y Bello, que se realizó en los propios pueblos). Esta fue una de las razones que más se repitió en el feed-back verbal por parte de los asistentes. Creen que habría podido acudir más gente si el taller se hubiera dado en el propio pueblo.

Por otro lado, los test finales los resolvieron correctamente con lo que creemos que los contenidos impartidos fueron adecuados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0772

1. TÍTULO

RCP BASICA Y MANEJO DEL DESA EN LA COMUNIDAD

La encuesta de satisfacción, muestra un resultado positivo por parte de los asistentes. Se podría mejorar el material (folleto) entregado a los asistentes.

Como conclusiones cabe destacar:

- Resultado positivo, puesto que el feed-back de los asistentes así lo ha sido. De hecho, nos comentaban que les gustaría repetir e incluso lo veían como algo que debería ser obligatorio para todo el mundo.
- Quizá se podría plantear para futuras ediciones, contando con la organización y respaldo del resto de compañeros del equipo, realizar los talleres en cada pueblo concreto, con el fin de conseguir mayor asistencia.
- Se podría valorar impartir una sesión por la tarde para posibles interesados que no pudieran asistir por la mañana y así confirmar o desestimar esto como un factor limitante o no.

7. OBSERVACIONES.

Agradecimiento a todos los compañeros del CS de Calamocha, y a todas aquellas personas que ayudaron a la realización del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/772 ===== ***

Nº de registro: 0772

Título
RCP BASICA Y MANEJO DEL DESA EN LA COMUNIDAD

Autores:
LAHOZ ABADIAS RAQUEL, LLANES LUÑO RICARDO, CALVO CONS ANA MARIA, BERNAL CEREZUELA INMACULADA, ZABALA GARCIA ANA, TUNDIDOR SARASA NURIA, INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR, TARTAJ TOMAS JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Tanto individuos sanos como con enfermedades crónicas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ante una parada cardio-respiratoria, prima la rapidez en la primera atención, siendo de gran importancia la actuación en los primeros minutos. La comunidad ha comenzado a percatarse de ese hecho, y se han empezado a adquirir desfibriladores semiautomáticos (DESA) en los ayuntamientos. Con ello surge la necesidad la recibir una formación básica y adecuada para saber actuar ante estas circunstancias.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS: Proporcionar los conocimientos necesarios sobre:

1. La magnitud del problema de la parada cardíaca.
2. RCP Básica.
3. Las características de los desfibriladores semiautomáticos.
4. Cadena de supervivencia y el papel de la desfibrilación temprana.

Se captará a la comunidad a través de carteles y en la propia consulta. Se realizarán grupos por zonas de población para realizar varias sesiones en grupos pequeños. Se espera que la gente al finalizar la sesión adquiera las capacidades iniciales necesarias para actuar ante una PCR, y se evaluará mediante una encuesta final.

MÉTODO

Se distribuirán las sesiones por grupos de población según zonas próximas territorialmente:

1. Odón, Bello, Tornos
2. El Poyo, Fuentesclaras.
3. Barrachina, Cutanda, Navarrete
4. Calamocha

Se repartirá entre los asistentes información por escrito. Por cada grupo de población se realizará una sesión de aproximadamente 90-120min, que se evaluará con unas encuestas al principio y al final de aspecto teórico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0772

1. TÍTULO

RCP BASICA Y MANEJO DEL DESA EN LA COMUNIDAD

INDICADORES

Como indicadores de resultados utilizaremos las encuestas teóricas (pre y post-sesión) y una encuesta de satisfacción del proyecto para valorar posibles cambios en el mismo /inquietudes /necesidades de la población.

DURACIÓN

Se prevee la realización de 4 sesiones de 90-120 minutos cada una, con los responsables descritos anteriormente, a realizar durante el año 2019. Finalizando con el consiguiente análisis de resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0979

1. TÍTULO

ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL C.S. CALAMOCHA: CORRECTARECOGIDA, MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MARIA CALVO CONS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAL CEREZUELA INMACULADA
MARRUEDO MANCEBO ISABEL
VICENTE SAEZ MARIA JESUS
INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR
LAHOZ ABADIAS RAQUEL
LLANES LUÑO RICARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con la idea inicial de mejorar los conocimientos de la población y disminuir los errores en laboratorio, se presenta en la convocatoria anual del Salud este nuevo proyecto.
Teniendo el proyecto perfilado por parte del responsable, se propuso la participación a todo el personal del centro de salud, consiguiendo un equipo mixto formado por enfermeras, médicos y una auxiliar.
Teniendo como referencia el cronograma, realizamos una primera reunión del equipo en Febrero, para detallar listado de tareas a realizar, ordenarlas según prioridad y asignarlas a cada miembro del equipo según puestos de trabajo y factibilidad.

Paso a detallar actividades y cronograma.

Enero 2019: perfilar proyecto de mejora, solicitud mediante la plataforma del Salud la inclusión de este en el Acuerdo de Gestión Pública.

Febrero 2019: Creación del equipo multidisciplinar. Realizamos primera reunión para detallar actividades a realizar, priorizarlas y asignarlas a cada participante.

Listado de errores comunes, dudas y preguntas a laboratorio.

Contactar con laboratorio. (Ana Calvo)

Elaborar hoja de recomendaciones al paciente. (Isabel Marruedo y M^a Jesús Vicente)

Elaborar encuesta al paciente (Inmaculada Bernal y Raquel Lahoz)

Elaborar encuesta al personal del centro de salud. (Ricardo Llanes y Pilar Inuñez)

Organizar sesión clínica para presentar proyecto mediante sesión clínica.(Ana Calvo)

Marzo 2019: Damos prioridad a elaborar listado de preguntas y dudas que nos surgen sobre la recogida y entrega de muestras a laboratorio. Contactamos con laboratorio del Hospital Obispo Polanco, que muy amablemente resolvió todas nuestras preguntas y nos amplió la información con más recomendaciones.

Abril 2019: priorizamos la elaboración de hoja de recomendaciones, ahora que ya tenemos toda la información recibida de laboratorio. Iniciamos elaboración de encuesta de valoración al paciente.

Mayo 2019: finalizamos el diseño de la hoja de recomendaciones (ANEXO I) que será entregada a los pacientes. Diferenciamos entre la información que debemos dar de forma general a los pacientes, la que debemos restringir a pacientes con un perfil concreto y la que debemos limitar al personal sanitario. Finalizamos la encuesta de valoración del paciente que será entregada al paciente tras la extracción de sangre/entrega de la muestra o en la consulta al ser informado de los resultados.

Junio 2019: Realizamos una segunda reunión de equipo, para revisar el trabajo realizado hasta ahora y reorganizar el trabajo que nos queda por desarrollar. El 10 de Junio se realizó la sesión clínica para presentar el proyecto al equipo, junto con la información recibida de laboratorio y la hoja de recomendaciones para el paciente. Esta hoja estuvo a disposición de todo el personal del centro desde ese mismo día. El martes 11 de Junio empezamos a repartir la hoja informativa y a realizar las encuestas de valoración por parte de los pacientes.

Desde Junio hasta final de Septiembre 2019: se mantiene la entrega de hojas informativas así como de las encuestas de valoración.

Octubre 2010: elaboración y diseño de la encuesta de valoración del proyecto de mejora por parte del personal del centro.

Noviembre 2019: entrega de las encuestas y recogida de estas tras su cumplimentación de forma anónima por parte del equipo.

Diciembre 2019: Realizamos análisis de las encuestas, valoración global del proyecto y extraemos conclusiones. Realizamos una tercera reunión de equipo para hacer valoración final.

Enero 2020: Realización de la memoria final por parte de la responsable del proyecto y se presenta mediante formulario en la plataforma del Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0979

1. TÍTULO

ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL C.S. CALAMOCHA: CORRECTARECOGIDA, MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestro proyecto se basa en mejorar los conocimientos de la población que se somete a un análisis de laboratorio, pero: ¿cómo valorar el resultado? ¿cómo valorar el impacto? Uno de los principales problemas es la dificultad para calcular en número de hojas informativas (ANEXO I) entregadas, el c.s. Calamocha es un centro de salud rural (no se puede centralizar el acceso a las hojas informativas únicamente en Calamocha) y en el que trabajan muchos profesionales. En un principio valoramos la numeración de éstas, pero descartamos la idea al ver que no era factible.

Otro problema era conseguir que, cada paciente que tuviera una hoja de recomendaciones, realizara la encuesta de valoración. Dado que no se entregaban ni el mismo día ni en el mismo espacio físico (solicitud de analítica en consulta médica/enfermería, donde se entregaba la hoja de recomendaciones. Era en la sala de extracciones donde se entregaba la encuesta de valoración) no se podía controlar los pacientes que habían realizado la encuesta.

Decidimos que lo más realista era realizar una sencilla encuesta de valoración para poder valorar el proyecto y su impacto en la población.

Paso al análisis de cada pregunta:

1 ¿Tras haber leído la hoja informativa, cree que ha mejorado sus conocimientos sobre las recomendaciones antes de un análisis?

3,07% Nada
58,4% Algo
38,4% Mucho

2 ¿Sabía cómo hacer ayunas correctamente para el análisis ?

7,6% No

92,3% Si

3 ¿Sabía cómo recoger y mantener correctamente la muestra de orina?

16,9% No

83,1% Si

4 ¿Cree que esta hoja informativa es útil o supone un problema al entregarle más papeles?

87,6% Es útil

12,3% Indiferente

0% Es un problema

5 ¿Cree que deberíamos seguir entregándola a los pacientes?

1,5% No

98,5% Si

6 ¿Le han surgido dudas o preguntas? ¿Le interesa saber algo más?

47,6% No contesta

47,6% No

4,8% Comentarios personales

Nos encontramos con un sesgo poblacional, ya que un porcentaje mayoritario de las personas que se realizan análisis son mayores, dentro de este grupo poblacional no hemos entregado hoja informativa ni encuesta a aquellas personas con nivel cognitivo disminuido (se entregaba al cuidador principal) o con dificultades para leer o escribir.

La valoración dentro del equipo del centro de salud fue positiva. Paso a detallarla

-1- El proyecto se inició en Junio 2019 y finalizó en Septiembre, ¿has tenido acceso durante este tiempo a la hoja informativa para entregarla a los pacientes?

80% Siempre
20% Casi siempre
Casi nunca
Nunca

-2- ¿Con qué frecuencia las has entregado?

20% Siempre
75% Casi siempre
5% Casi nunca
Nunca

-3- Ante la solicitud de una analítica, ¿crees que ha facilitado tu trabajo?

65% Siempre
35% Casi siempre
Casi nunca
Nunca

-4- ¿Crees que ha mejorado las condiciones de entrega de las muestras?

100% Si
No

-5- ¿Crees que ha mejorado los conocimientos de los pacientes sobre recogidas de

muestras?
100% Si
No

-6- ¿Opinas que deberíamos seguir entregando esta hoja informativa en el C.S.

Calamocha?
100% Si
No

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0979

1. TÍTULO

ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL C.S. CALAMOCHA: CORRECTARECOGIDA, MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO

-7- ¿Cómo conociste este proyecto?

Recibí un e-mail
85% Una reunión de equipo
15% Me informó un compañero

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto nace como una doble idea: mejorar los conocimientos de la población sobre algo muy concreto, preparación para realizar/entregar muestras para análisis y evitar errores que puedan invalidar o alterar estos resultados.

Al preparar la hoja informativa para los pacientes nos damos cuenta de la diferencia de criterios que en ocasiones se da entre profesionales sanitarios: ¿ante una orina de 24 horas, cuándo se recoge la primera y última muestra? No había un criterio homogéneo. Tampoco en las analíticas de control de tratamiento (hierro, vitaminas, tiroides...). Todo esto puede dar lugar a errores en la analítica, motivo suficiente para iniciar un proyecto de mejora que pueda mejorar los conocimientos de la población, unificar los criterios de los profesionales y solventar así errores en laboratorio.

Ahora que hemos finalizado el proyecto podemos afirmar su sostenibilidad, concluir que ha sido favorable desarrollarlo, no ha implicado una gran inversión de tiempo en la consulta de atención primaria, incluso, la hoja de recomendaciones se puede convertir en una herramienta de trabajo útil para el profesional sanitario.

Respecto a su mantenimiento: creo que sería interesante mantener la hoja de recomendaciones como una herramienta más del profesional sanitario que únicamente implica el coste de su impresión en papel. Finalizar diciendo que este proyecto de calidad ha sido un trabajo en equipo, en el que todos sus miembros han colaborado activamente.

ANEXO I (hoja de recomendaciones. Se muestra el contenido, no el formato original)

RECOMENDACIONES PARA RECOGIDA

DE MUESTRAS PARA LABORATORIO

ANÁLISIS DE SANGRE

- No coma nada desde las 12h de la noche anterior.
- Si lo necesita puede tomar una pequeña cantidad de agua.
- Puede tomar su medicación habitual, excepto si su médico le dice lo contrario

ANÁLISIS DE HECES

¿¿¿DÓNDE HACER???

- Recoja una muestra en el bote que le hemos entregado. No lo llene del todo.
- Guárdelo en la nevera hasta entregarlo. Puede almacenarlo durante máximo 3 días.

SEDIMENTO Y CULTIVO DE ORINA

- Recoger la primera orina de la mañana
- Es imprescindible el correcto lavado de genitales externos con agua y jabón así como su aclarado y secado con una toalla limpia.
- Despreciar el primer chorro, recogiendo en el frasco estéril la porción media "al vuelo" sin detener la micción.

ORINA DE 24H

- El paciente desechará la primera orina de la mañana.
- Recogerá TODA la orina que realice durante 24h.
- Al día siguiente al despertarse orinará por última vez en el bote y lo cerrará correctamente.

Es importante guardar el bote con la orina en la nevera durante las 24h que dura la recogida y hasta su entrega en el centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/979 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0979

1. TÍTULO

ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL C.S. CALAMOCHA: CORRECTA RECOGIDA, MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO

Nº de registro: 0979

Título
ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL C.S. CALAMOCHA: CORRECTA RECOGIDA, MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO

Autores:
CALVO CONS ANA MARIA, BERNAL CEREZUELA INMACULADA, MARRUEDO MANDEBO ISABEL, GIMENO PICAZO JOSE CARLOS, LAHOZ ABADIAS RAQUEL, VICENTE SAEZ MARIA JESUS, INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR, LLANES LUÑO RICARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Mejora de la práctica clínica
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el C. S. Calamocha se realizan análisis de sangre y recogida de muestras para enviar a laboratorio dos días a la semana, realizando una media diaria de 44 extracciones de sangre y 6 muestras de orina y/o heces no conjuntas con sangre. La población en general conoce el concepto "ayunas" y la necesidad de llevarlo a cabo previo al análisis de sangre, pero hemos detectado otras dudas que surgen: ¿Cuántas horas de ayunas? Si el análisis es únicamente de orina, ¿también hay que guardar ayunas? ¿Dónde debo guardarla hasta la entrega en el centro de salud?

Partimos de una situación en la que la gente conoce los conceptos básicos, pero las dudas se generan al tratarse de otro tipo de análisis: heces, orina de 24h, etc. Estas dudas no resueltas son las que pueden llevar a un error de recogida, mantenimiento y/o entrega de la muestra.

Problemas detectados:

no realizan correctamente las ayunas
no recogen/mantienen correctamente la muestra de orina: no realizan correcta higiene previa a la recogida, no recogen orina de primera hora
no recogen/mantienen correctamente la muestra de heces

Hemos pensado en lo útil que sería poder aunar todas las recomendaciones que podríamos hacer y respuesta a preguntas más frecuentes de aquellos pacientes que vayan a someterse a un análisis de laboratorio en una única hoja informativa que sería entregada por la persona que solicita el análisis a la vez que se entrega el volante.

RESULTADOS ESPERADOS

Unificar recomendaciones por parte del personal sanitario
Mejorar los conocimientos de la población susceptible sobre recogida, mantenimiento y entrega de las muestras
Minimizar errores de recogida, mantenimiento y recogida de las muestras

MÉTODO

Para conseguir nuestros objetivos debemos elaborar la hoja informativa, para lo cual necesitaremos:

- elaborar calendario de actividades
- distribuir tareas entre los participantes del equipo de trabajo
- presentar el proyecto a todo el personal del centro en una sesión clínica
- ponernos en contacto con el servicio de laboratorio de HOP y contrastar información sobre los distintos análisis.

INDICADORES

- Encuesta de valoración a pacientes
- Encuesta de valoración al personal del C.S.Calamocha

DURACIÓN

Inicio de proyecto: Marzo 2019
Previstas 3 reuniones de equipo (inicio, implantación, previo a la evaluación)
Fin del proyecto: evaluación en Noviembre 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0979

1. TÍTULO

ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES DEL C.S. CALAMOCHA: CORRECTARECOGIDA, MANTENIMIENTO Y ENTREGA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0040

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MATERIAL DE LOS CONSULTORIOS RURALES DEL C.S. CEDRILLAS

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE AINARA ALONSO VALBUENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CEDRILLAS
· Localidad CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RICO GASCON SILVIA
SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION
SANZ BARAJAS PEDRO
SUAREZ CRESPO SUSANA
MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE INICIO EL PROYECTO CON UNA SESION CLINICA INFORMATIVA SOBRE EL MISMO A TODO EL EAP CEDRILLAS.
SE CONSENSUO CON EL EAP EL STOCK MINIMO NECESARIO DE MATERIAL Y MEDICACION QUE TENIA QUE ESTAR PRESENTE EN CADA CONSULTORIO, ASI COMO LA PERIODICIDAD DE REVISION DEL MATERIAL, QUE EN CASO DE ENFERMERIA HA SIDO EL PRIMER DIA DE CONSULTA DE CADA MES NATURAL Y LA REVISION DE LA MEDICACION EN CASO DE MEDICINA QUE HA SIDO EL PRIMER DIA DE CONSULTA DE CADA TRIMESTRE
ELABORACION DE LAS HOJAS DE CONTROL PARA REALIZAR LAS REVISIONES Y REGISTRO DE LAS MISMAS.
LOS RECURSOS UTILIZADOS SON LAS HOJAS DE CONTROL EN LAS QUE FIGURAN:
- LAS REVISIONES FIRMADAS/NUMERO TOTAL DE REVISIONES PROGRAMADAS
- BALANCE TRAS LA REPOSICION/STOCK MINIMO NECESARIO POR CADA PRODUCTO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
LAS REVISIONES FIRMADAS SE REALIZARON ALCANZANDO UN CUMPLIMIENTO DEL 100% DEL REGISTRO EN LA HOJA DE CONTROL SEGUN LAS REVISIONES PROGRAMADAS
EL BALANCE DE REPOSICION FUE DEL 93% DE CUMPLIMIENTO EN REFERENCIA AL STOCK MINIMO NECESARIO POR CADA PRODUCTO.
DURANTE LA IMPLEMENTACION/DESARROLLO DEL PROYECTO SE REALIZAN DE MANERA TRIMESTRAL SESIONES CLINICAS CON EL EAP PARA INFORMAR/VALORAR SOBRE LA BUENA EVOLUCION Y CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA ELABORACION DEL STOCK MINIMO NECESARIO DE MEDICACION Y MATERIAL EN CADA CONSULTORIO HA SIDO UN PILAR BASICO EN LA MEJORA DE LA UTILIZACION DE LOS RECURSOS, PUDIENDO ASI OPTIMIZARSE LOS RIESGOS DERIVADOS EN LA ATENCION Y GARANTIZAR UNA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.
CON ESTE PROYECTO TAMBIEN HEMOS COMPROBADO QUE SE DISMINUYEN LOS COSTES DERIVADOS DE UNA MALA UTILIZACION DE LOS RECURSOS, ASI MISMO HEMOS CUMPLIDO LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES EN CUANTO A UNA ATENCION DE CALIDAD HACIA LOS PACIENTES.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/40 ===== ***

Nº de registro: 0040

Título
ADECUACION DEL MATERIAL DE LOS CONSULTORIOS RURALES DEL C.S. CEDRILLAS

Autores:
ALONSO VALBUENA AINARA, RICO GASCON SILVIA, MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE, SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION, SANZ BARAJAS PEDRO, JULIAN MARTINEZ ANA, SUAREZ CRESPO SUSANA, MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: profesionales
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 - 2016/0040

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MATERIAL DE LOS CONSULTORIOS RURALES DEL C.S. CEDRILLAS

PROBLEMA

El Centro de salud de Cedrillas consta de 7 consultorios médicos rurales muy dispersos y de poca población. El equipo se compone 3 médicos y 2 enfermeros que tienen que prestar atención por separado porque sólo hay una consulta por municipio. Hemos observado que retiramos mucha medicación caducada y lo relacionamos con el número de consultorios y la poca demanda.

Para garantizar una atención de calidad sin malgastar material, creemos que es importante protocolizar el botiquín mínimo indispensable que debe haber en cada consultorio.

En primer lugar consensuamos con el equipo el stock mínimo necesario, la hoja de control y los responsables que lo llevarán a cabo.

Hemos acordado realizar una revisión trimestral de la medicación y mensual del material, en la que cada producto que vaya a caducar en los siguientes 3 meses se repondrá y se reubicará en la sala de urgencias para ser prontamente utilizado.

Además organizaremos todas las consultas de la misma manera para simplificar y agilizar la atención médica.

Esta oportunidad de mejora garantiza el material adecuado en cada consulta, ayuda a involucrar a todo el personal en la gestión de botiquines, evita caducidades de farmacos y con esto se consigue un ahorro considerable.

RESULTADOS ESPERADOS

Tener los consultorios dotados de material necesario y en buenas condiciones

Disminuir la cantidad de medicación y material caducado

Unificar la organización del material

MÉTODO

Eliminación del material caducado

Revisión y reorganización del material

Enfermería: revisión el primer día de consulta de cada mes natural del material fungible.

Medicina: revisión el primer día de consulta de cada trimestre natural de la medicación.

Registro con hoja de control de cada revisión realizada con fecha, personal que realiza con la firma. stock necesario, próximo a caducar en 3 meses y reposición.

Reuniones periódicas con el equipo para informarles del proyecto.

INDICADORES

Número de revisiones del botiquín en el periodo que dure el proyecto.

Número de revisiones firmadas en la hoja de control/número total de revisiones programadas

Balce tras la reposición/ stock mínimo necesario por cada producto

DURACIÓN

Duración: 1 octubre 2016-30septiembre 2017

Cronograma:

Medicina: primera consulta de octubre 2016, enero 2017, abril 2017, julio 2017.

Enfermería: Primera consulta de octubre 2016, noviembre 2016, diciembre 2016, enero 2017, febrero 2017, marzo 2017, abril 2017, mayo 2017, junio 2017, julio 2017, agosto 2017, septiembre 2017

OBSERVACIONES

El plan de mejora es del 2016. Dado que su presentación es hasta el 3 octubre 2016 prolongo el proyecto durante el 2017 para cumplir un año del mismo.

hemos incluido 8 componentes del proyecto y un responsable a mayores. ¿Es así correcto?

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 - 2016/0365

1. TÍTULO

DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS

Fecha de entrada: 15/11/2017

2. RESPONSABLE MARIA CRISTINA MARTINEZ NAVARRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CEDRILLAS
· Localidad CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RICO GASCON SILVIA
BESER MORTE CRISTINA
SUAREZ CRESPO SUSANA
JULIAN MARTINEZ ANA
MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Búsqueda de bibliografía referente a la dotación medicamentos de urgencia.
Sesión clínica para consensuar/implementar proyecto.
Generar hojas de registro/incidencias, indicando fechas de control mensual.
Creación de etiquetas identificativas/precintos.
Diseño de carteles recordatorios de estacionamiento del coche.
En ENERO implementación del programa.
En JUNIO primera evaluación de registro.
En OCTUBRE evaluación final de registro y sesión informativa .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El equipo ha participado en su totalidad en el programa.
En la evaluación final :
Nº firmas: la hoja de registro está completa en su totalidad.
En referencia al material revisado:
Stock presente/stock consensuado: en febrero faltan 2 fármacos.
100% no caducados
98% íntegros.
El vehículo ha estado según el registro, permanentemente en su estacionamiento/con depósito en condiciones óptimas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La atención domiciliaria urgente se realiza en mejores condiciones en cuanto a dotación/organización y seguridad.
Quizá no sería necesario realizar un control de registro mensual, probablemente sería suficiente llevarlo a cabo cada 2 meses.
Deberíamos haber marcado inicialmente un estándar numérico de referencia a alcanzar, hemos considerado alcanzado porque los porcentajes de cumplimiento han sido elevados.
El proyecto puede sostenerse a largo plazo, dada la estabilidad profesional de la responsable del proyecto en el Centro de Salud de Cedrillas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/365 ===== ***

Nº de registro: 0365

Título
DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS

Autores:
MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA, RICO GASCON SILVIA, BESER MORTE CRISTINA, ALONSO VALBUENA AINARA, SUAREZ CRESPO SUSANA, JULIAN MARTINEZ ANA, MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE, SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0365

1. TÍTULO

DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

El centro de salud de Cedrillas se encuentra en una zona rural con climatología adversa, prestando asistencia a ocho municipios situados en las comarcas de Teruel, Maestrazgo y Gúdar -Javalambre, por tanto con una importante dispersión siendo primordial disponer de un vehículo con la equipación tanto médica, como aquella complementaria en el mismo, necesaria esta última por las particularidades del terreno. En la actualidad en nuestro centro de salud no poseemos un maletín para urgencias externas que nos resulte operativo, dado que el material se encuentra repartido en varios compartimentos, con la dificultad en el acceso que ello conlleva ante una urgencia. Hemos detectado un déficit en la organización, distribución y almacenaje del equipo, tanto sanitario como el no sanitario.

Es indispensable contar con un maletín de urgencias en Atención Continuada en condiciones óptimas, que agilice la atención sanitaria urgente, así como aquellos medios que garanticen la seguridad en el desplazamiento. Nos vemos en la necesidad de crear una oportunidad de mejora para estandarizar los recursos de los cuales debe estar dotado nuestro vehículo así como su organización, revisión y mantenimiento, involucrando para ello a todo el equipo de atención primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos/material de uso urgente, para asegurar una correcta atención minimizando posibles errores.
- Evitar los accidentes laborales durante los desplazamientos.
- Asegurar que el material esté en perfectas condiciones de uso, prestando especial atención a la caducidad/conservación/integridad y stock necesario.
- El Equipo de Atención Primaria conocerá y participará activamente en el programa/protocolo establecido.

MÉTODO

- Consensuar con el EAP la lista de contenidos del vehículo.
- Generar una hoja de control y mantenimiento / parte de incidencias.
- Presentar al EAP el proyecto en una sesión clínica informativa.
- Implementación del plan de mejora.

Actividades concretas:

- Acordar que tras cada uso del maletín se repondrá y se colocará un precinto identificativo que verificará su correcto estado.
- Revisar material/mantenimiento propio del coche.
- Estacionar en garaje o en su defecto en una zona que no esté expuesto a temperaturas extremas.
- Cada trimestre un miembro del equipo de mejora será el responsable de realizar el registro mensual.

INDICADORES

- Porcentaje de cumplimiento de hoja de registro :
- N° de firmas/n° revisiones estandarizadas.
 - Stock presente/ Stock consensuado.
 - % productos caducados/productos no caducados.
 - % productos defectuosos/productos íntegros.
 - N° de veces depósito condiciones óptimas de llenado/no óptimas.

DURACIÓN

INICIO PROGRAMAMA: 1-octubre- 2016.
FIN PROGRAMA: 31-octubre-2017.

*Octubre-diciembre 2016: -consensuar con EAP.
-generar hoja de registro.
-impartir sesión clínica.

*Enero 2017: implementación.

*Junio 2017: revisión registro (primera evaluación).

*Octubre 2017:-revisión registro (evaluación final).
-sesión clínica informativa de resultados.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0365

1. TÍTULO

DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1206

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE EDUARDO COMAS RIBAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CEDRILLAS
· Localidad CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ BARAJAS PEDRO
ALONSO VALBUENA AINARA
SOFIANTINI CAMPOAMOR MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cuantificación del grado de IRC, mediante la fórmula de Cockcroft-Gault, con hoja de cálculo específica.
Clasificación de los pacientes según grado de IRC, según estadios de la Sociedad Española de Nefrología
Estudio de los Tratamientos Crónicos del paciente
Retirada o ajuste de dosis, en los pacientes que lo requieren,
Se crea un episodio en OMI, con diagnóstico de IRC y estadio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha retirado/ajustado medicación en un 20 % de los pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos hemos dado cuenta que muchos pacientes mayores están tratados con medicación potencial o directamente nefrotóxicos, teniendo especial relevancia los AINES o Antidiabéticos Orales

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1206 ===== ***

Nº de registro: 1206

Título
VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

Autores:
COMAS RIBAS EDUARDO, ALONSO VALBUENA AINARA, SANZ BARAJAS PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Enfermedad Renal Crónica
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes ancianos debido al envejecimiento fisiológico y/o a enfermedades crónicas pueden tener cierto grado de Insuficiencia Renal. Dichos pacientes además suelen estar polimedificados, con fármacos no siempre nefro-saludables (apropiados). Se ha detectado la necesidad de valorar la función renal en este perfil de pacientes, optimizando el uso de fármacos, evitando los potencialmente nefrotóxicos.

RESULTADOS ESPERADOS
Detección de pacientes mayores 70 años con disminución de la función renal
Ajuste y/o retirada de los fármacos potencialmente nefrotóxicos en los pacientes que se ha detectado limitación en la función renal.

MÉTODO
Realización del FG y el Cockcroft-Gault al 100% de los pacientes mayores de 70 años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1206

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

A todos los pacientes a los que se ha realizado el FG y han visto afectada su función renal, se procede a una revisión sistemática de la medicación que llevan y a la retirada, si es posible, de la mayor parte de los fármacos nefro-tóxicos.

Valoración del 100% de los pacientes con triple Whammy y retirada de los fármacos nefrotóxicos.

INDICADORES

- % pacientes > 70 años con realización de analítica para obtención de creatinina y después valorar según fórmula de Cockcroft-Gault. Clasificación según la misma de la Enfermedad Renal Crónica.

- % pacientes con intervención clasificados sin ERC

- % pacientes con intervención clasificados con ERC

-% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento / % pacientes con intervención clasificados con ERC

-% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento y se ha realizado desprescripción o triple Whammy /% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento

DURACIÓN

Mayo 2017: Obtención de los listados de pacientes > 70 años

Mayo 2017-Noviembre 2017: Realización de FG, clasificación de los paicnets, y consulta de optimización.

Dicimebre 2017: 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 - 2016/1206

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENALEN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE EDUARDO COMAS RIBAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CEDRILLAS
· Localidad CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO VALBUENA AINARA
SANZ BARAJAS PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha medido el indice de Cockcroft al 90% de los pacientes mayores de 70 años, hasta que estuvo disponible solicitar filtrado glomerular.

Se ha clasificado a los pacientes según su grado de insuficiencia renal.

Se ha procedido a ajustar o retirar los fármacos no adecuados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha evaluado al 90% de los pacientes seleccionados

Menos del 10% de los paciente, no padecian algún grado de ERC

Al 28% de los pacientes clasificados como ERC se les ha modificado el tratamiento

Al 5% de los pacientes clasificados como ERC se les ha realizado desprescripcion de triple Wammy

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Practicamente la totalidad de los pacientes mayores de 70 años, padecen algún grado de ERC, algunos en grado importante, hasta un 15% con grado 3b o superior. Una mayoría de ellos están en tratamiento, con fármacos no apropiados, o a dosis no apropiadas, especialmente AINES -incluso por autoprescripcion, o de forma ocasional-metformina, o triple wammy.

Desde hace unos meses, en Receta electronica, aparece la cifra de filtrado glomerular en los pacientes que la tienen solicitada. hemos llegado a la conclusion que hay que tenerla MUY presente, en los tratamientos crónicos, pero también en los agudos -AINES, Antibióticos-, prescribiendo otras alternativas, o ajustando dosis.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1206 ===== ***

Nº de registro: 1206

Título
VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

Autores:
COMAS RIBAS EDUARDO, ALONSO VALBUENA AINARA, SANZ BARAJAS PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Enfermedad Renal Crónica
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes ancianos debido al envejecimiento fisiológico y/o a enfermedades crónicas pueden tener cierto grado de Insuficiencia Renal. Dichos pacientes además suelen estar polimedcados, con fármacos no siempre nefro-saludables (apropiados). Se ha detectado la necesidad de valorar la función renal en este perfil de pacientes, optimizando el uso de fármacos, evitando los potencialmente nefrotóxicos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1206

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENALEN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

RESULTADOS ESPERADOS

Detección de pacientes mayores 70 años con disminución de la función renal
Ajuste y/o retirada de los fármacos potencialmente nefrotóxicos en los pacientes que se ha detectado limitación en la función renal.

MÉTODO

Realización del FG y el Cockcroft-Gault al 100% de los pacientes mayores de 70 años.
A todos los pacientes a los que se ha realizado el FG y han visto afectada su función renal, se procede a una revisión sistemática de la medicación que llevan y a la retirada, si es posible, de la mayor parte de los fármacos nefro-tóxicos.
Valoración del 100% de los pacientes con triple Whammy y retirada de los fármacos nefrotóxicos.

INDICADORES

- % pacientes > 70 años con realización de analítica para obtención de creatinina y después valorar según fórmula de Cockcroft-Gault. Clasificación según la misma de la Enfermedad Renal Crónica.

- % pacientes con intervención clasificados sin ERC

- % pacientes con intervención clasificados con ERC

-% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento / % pacientes con intervención clasificados con ERC

-% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento y se ha realizado desprescripción o triple Whammy /% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento

DURACIÓN

Mayo 2017: Obtención de los listados de pacientes > 70 años
Mayo 2017-Noviembre 2017: Realización de FG, clasificación de los paicnets, y consulta de optimización.
Dicimebre 2017: 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 - 2016/1209

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 30/10/2017

2. RESPONSABLE FRANCISCO JOSE MUÑOZ OBON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CEDRILLAS
· Localidad CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION
JULIAN MARTINEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de dos tipos de talleres grupales

1.- Los dirigidos a pacientes diagnosticados de Asma-EPOC

2.- Los dirigidos a los cuidadores de dichos pacientes, en este caso al personal sociosanitario de la Residencia de personas mayores de Cedrillas.

GRUPOS:

1.- Grupo de personal sociosanitario de la Residencia. (7 personas)

2.- Grupo de El Pobo (2 personas).

3.- Grupo Villarroya de los Pinares (3 personas)

4.- Grupo Cedrillas (9 personas)

MATERIAL Y METODO.-

- Inhaladores vacíos, cámara espaciadora, y los inhaladores propios de los pacientes

- Contamos con el apoyo de un documento, del Grupo de Respiratorio de Osatzen, en formato pdf.

Se trata de un taller de uso de inhaladores con ilustraciones fáciles de comprender por el paciente y el cuidador

PLANING:

***Debido a que se nos incluyó en el PROGRAMA DE CRIBADO DE CCR y su coincidencia con el periodo vacacional se retrasaron todos los talleres a septiembre. (Este hecho no supuso ningún trastorno al ser pocos los pacientes.)

MARZO DE 2017.- Inclusión de pacientes en el programa

- Mediante el programa OMMI se realizan listados de los pacientes que presentan estos diagnósticos y que pertenecen a nuestros centros. Además se consulta uno por uno para comprobar quienes usan inhaladores. (con la colaboración de sus médicos)

- Este punto no lleva tiempo, y nos sirve para detectar pacientes que solamente pasan cortos periodos de tiempo en nuestros centros (desplazados) y a los que se les aplica cartera de servicios sin que proceda.

- De un total de 29 pacientes diagnosticados con EPOC en nuestra zona de influencia (2,41% de prevalencia de esta enfermedad en la zona de Salud), 23 llevan inhaladores en su tratamiento.

Esto supone que un 79,31% de pacientes con EPOC usan inhaladores.

SEPTIEMBRE de 2017(1).- Taller en El Pobo

Asisten 2 pacientes

En este taller detectamos el mal uso que se hace por parte de un paciente de los inhaladores de polvo seco

SEPTIEMBRE de 2017(2).- Taller en la residencia de personas mayores de Cedrillas

Asisten 7 cuidadores

En este taller se detecta que pocas veces se sigue la pauta de limpieza de los inhaladores y el problema de hongos que eso supone.

SEPTIEMBRE de 2017(3).- Taller en Villarroya de los Pinares

Asisten 3 pacientes

En este taller detectamos el mal uso que se hace de un inhalador presurizado por parte de las personas mayores por resultar complicado. Se pide cambiar de tipo de inhalador a su médico.

SEPTIEMBRE de 2017(4).- Taller en Cedrillas

Asisten 8 pacientes

Insistimos en el uso de la cámara espaciadora, ya que no se usa apenas y podría ser beneficiosa para estos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1209

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL

RESULTADOS NO EVALUABLES AL SER EL PRIMER AÑO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En UN taller detectamos el mal uso que se hace por parte de un paciente de los inhaladores de polvo seco, EN OTRO se detecta que pocas veces se sigue la pauta de limpieza de los inhaladores y el problema de hongos que eso supone.

ADEMAS detectamos el mal uso que se hace de un inhalador presurizado por parte de las personas mayores por resultar complicado. Se pide cambiar de tipo de inhalador a su medico.

Por ultimo Insistimos en el uso de la camara espaciadora, ya que no se usa apenas y podria se beneficiosa para estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

REGISTRO.-

Nos surgen dudas a la hora del registro de la actividad en OMI-Ap entre estas tres posibilidades:

1/ Registrarlo como AP-EDUCACION PARA LA SALUD>AP EDUCACION A GRUPOS.

2/ Registrarlo como AP-ENFERMERIA>AP-ACTIVIDADES>EDUCACION SANITARIA>EPS INDIVIDUAL>Inf uso de inhaladores

3/ Registrarlo como AP-ENFERMERIA>AP-ACTIVIDADES>EDUCACION SANITARIA>EPS GRUPAL>Eduacion a grupos Asma-Epoc

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1209 ===== ***

Nº de registro: 1209

Título
EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL

Autores:
MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE, SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION, JULIAN MARTINEZ ANA, SUAREZ CRESPO SUSANA, RICO GASCON SILVIA, BESER MORTE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se han detectado por parte de todos EAP necesidades de formación a los pacientes en el uso de inhaladores puesto que o no se utilizan de manera correcta porque la situación basal del paciente no lo permite o porque no se conoce o se ha depurado la técnica como seguimiento de los mismos pacientes. Por otro lado La situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el uso de inhaladores por parte de los pacientes con diagnóstico de Asma EPOC en los pacientes del Centro de Salud de Cedrillas.

Disminuir el número de exacerbaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.

Disminuir la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1209

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL

Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2 a 10 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación) o de polvo seco (unidosis o multidosis) .

- Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
- Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.

Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017), se llevarán a cabo por personal de enfermería.

INDICADORES

- % Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta
- % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
- % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
- % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa

DURACIÓN

Marzo 2017: Inclusión de los pacientes en los talleres mediante entrevista y selección consecutiva de la muestra.

Abril 2017: Primer taller de formación a pacientes

Junio-Julio 2017: Segundo taller de formación a pacientes

Septiembre 2017: Tercer taller de formación a pacientes

Diciembre 2017: Evaluación de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0602

1. TÍTULO

RCP BASICA EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ANA JULIAN MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CEDRILLAS
· Localidad CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SUAREZ CRESPO SUSANA
MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA
ALONSO VALBUENA AINARA
COMAS RIBAS EDUARDO
MONTERO PEREZ ASCENSION
SOFFIANTINI LOLA
SANCHEZ RUBIO CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realizamos la primera sesión en Junio 2018, una dirigida a alumnos y otra a profesores. En ella les enseñamos a reconocer una PCR y como actuar ante ella, a colocar al paciente en PLS y como actuar ante un atragantamiento. En Enero de 2019 se realiza la segunda sesión (por problemas logísticos no se ha podido realizar antes) en la que valoramos la adquisición de conocimientos y su correcta puesta en práctica. Hacemos un repaso de toda la sesión para corregir los errores que han ido cometiendo y terminar de fijar los conocimientos. Al final de la sesión a los Alumnos les hemos entregado unos marcadores de hojas con 4 imágenes del teléfono de emergencia, RCP, PLS y Heimlich.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la segunda sesión nos damos cuenta de que los alumnos han fijado mejor los conocimientos que los profesores, aunque les cuesta mas ponerlo en practica. Tanto alumnos como profesores se acuerdan del teléfono que tienen que llamar para pedir ayuda, saben reconocer si el paciente esta consciente o inconsciente, pero a la hora de comprobar si respira tienen alguna dificultad. Las maniobras de RCP (30:2) las tienen claras aunque les cuesta colocarse correctamente, los alumnos tienen mas claro el ritmo puesto que recuerdan perfectamente la canción con la que asociamos las compresiones. En cuanto a la PLS sabían colocarlo de lado aunque les ha costado realizarlo correctamente. En los casos de Atragantamiento todos se acordaban de la maniobra de Heimlich pero hemos tenido que insistir en no arrastrar cuerpo extraño si no se ve y en animarlos a toser cuando el atragantamiento no produce obstrucción grave. Tras el repaso de conocimientos salimos bastante satisfechos en cuanto a la adquisición de habilidades para responder ante una situación de urgencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos bastante satisfechos de los resultados obtenidos puesto que a pesar de los errores cometidos al realizar las maniobras todos tenían bastante claro las ideas principales. Sería muy importante que todos Alumnos y Profesores pudieran tener una vez al año una sesión de este tipo para afianzar los conocimientos y poder responder adecuadamente ante una situación de urgencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/602 ===== ***

Nº de registro: 0602

Título
RCP BASICA EN LA ESCUELA

Autores:
JULIAN MARTINEZ ANA, SUAREZ CRESPO SUSANA, MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA, ALONSO VALBUENA AINARA, COMAS RIBAS EDUARDO, MONTERO PEREZ ASCENSION, SOFFIANTINI LOLA, SANCHEZ RUBIO CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0602

1. TÍTULO

RCP BASICA EN LA ESCUELA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
CON UNA ACTUACION PRECOZ EN LAS SITUACIONES DE URGENCIA VITAL SE AUMENTA LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE. POR ELLO CREEMOS NECESARIO QUE TODO EL MUNDO, ESPECIALMENTE DESDE EDADES PRECOCES, SEPAN IDENTIFICAR Y ACTUAR CORRECTAMENTE ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA VITAL.

RESULTADOS ESPERADOS
- SABER RECONOCER LA PARADA CARDIO-RESPIRATORIA
- SABER REALIZAR UNA RCP BASICA
- SABER ACTUAR ANTE UN ATRAGANTAMIENTO
- SABER REALIZAR UNA PLS

MÉTODO
REALIZAREMOS UNA SESION DIRIGIDA A LOS ALUMNOS Y OTRA DIRIGIDA A PROFESORES, DONDE LES ENSEÑAREMOS A RECONOCER UNA PCR Y COMO ACTUAR ANTE ELLA, COMO COLOCAR AL PACIENTE EN PLS, ASI COMO LA ACTUACION ANTE UN ATRAGANTAMIENTO, TODO ELLO BASADO EN LAS GUIAS DE ERC 2015.

INDICADORES
SE REALIZARA UNA SEGUNDA SESION EN LA QUE SE VALORARAN LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS Y SU CORRECTA PUESTA EN PRACTICA, SUBSANANDO LOS ERRORES QUE SE PUDIERAN COMETER Y REALIZANDO LAS ACLARACIONES Y/O DUDAS QUE LES PUEDAN SURGIR A LO LARGO DE LA CLASE PARA FIJAR CORRECTAMENTE LOS CONOCIMIENTOS.

DURACIÓN
LA PRIMERA SESION SE REALIZARA ANTES DE JUNIO DE 2018 Y LA SEGUNDA CLASE SE REALIZARA EN 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 - 2019/0274

1. TÍTULO

REVISION DE LA UTILIZACION DE ESTATINAS EN PREVENCION SECUNDARIA EN EL C.S. CEDRILLAS

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE AINARA ALONSO VALBUENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CEDRILLAS
· Localidad CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ NAVARRO CRISTINA
SUAREZ CRESPO SUSANA
JULIAN MARTINEZ ANA
MARCO GRACIA MARTA
RUEDA PEREZ ANDRES
MAÑAS BERNAD ANA
SANZ BARAJAS PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

25 marzo 2019: presentación del proyecto en reunión de equipo
20 mayo 2019: sesión de formación al equipo sobre manejo de las estatinas, basándonos en la guía de practica clínica del SNS del ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, de abril de 2017. Se dio documentación por escrito para la consulta de los profesionales del centro
Reunión de equipo para ver el estado del indicador 27 mayo 2019, 9 Septiembre y 16 diciembre
Realización de memoria final enero 2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de pacientes que estaban con estatinas en prevención secundaria en marzo 2019 : 51,11
% de pacientes que estaban con estatinas en prevención secundaria al finalizar el estudio: 62,5
La fuente de obtención de los datos ha sido los facilitados por la técnico de salud del sector Teruel

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque se ha mejorado mas de un 11% el porcentaje de pacientes con estatinas en prevención secundaria, no hemos cumplido las expectativas que teníamos. Hemos tenido dificultades con los pacientes que se han incluido en el indicador con diagnóstico de prevención secundaria y sin embargo no tenían un código CIAP K74, K75, K76 y K90. Buscando uno a uno cada paciente con estas características, hemos logrado excluir del listado de pacientes en prevención secundaria sin tto con estatinas a la mayoría, pero en 3 pacientes no hemos logrado excluirlos, a pesar de que se descartó por cardiología la patología isquémica y cambiamos el código CIAP que se apuntó en el episodio inicialmente.
También hemos presenciado 4 casos en los que no tenían prescrita la estatina por su comorbilidades (demenciados, severos hepatopatas con LDL bajo controlado con dieta y pacientes con elevaciones de CPK con cualquier dosis y diferentes tipos de estatina)
Otros 3 pacientes tenían LDL bajo, mala tolerancia a estatinas y no hemos considerado oportuno aconsejar el tratamiento con estatinas por el balance deficitario de riesgo-beneficio.
Por último en el listado aparecen 2 pacientes que no son de nuestros cupos sino que son pacientes de otros médicos que pasan temporadas en Cedrillas y que no hemos podido localizar.
Al tener una muestra pequeña, los 12 casos antes reseñados influyen mucho en el total del porcentaje impidiéndonos mejorar el indicador.

7. OBSERVACIONES.

La persona encargada como responsable del proyecto (Ainara Alonso) ha cambiado su lugar de trabajo del C.S. Cedrillas a C.S.Teruel Centro, por lo que se han encontrado dificultades para poder acceder a los datos. Sin embargo lo hemos subsanado con la ayuda de la técnico de salud del Sector y el coordinador del centro de salud de Cedrillas

*** ===== Resumen del proyecto 2019/274 ===== ***

Nº de registro: 0274

Título
REVISION DE LA UTILIZACION DE ESTATINAS EN PREVENCION SECUNDARIA EN EL C. S. CEDRILLAS

Autores:
ALONSO VALBUENA AINARA, MARTINEZ NAVARRO CRISTINA, SUAREZ CRESPO SUSANA, JULIAN MARTINEZ ANA, MARCO GRACIA MARTA, RUEDA PEREZ ANDRES, MAÑAS BERNAD ANA, SANZ BARAJAS PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0274

1. TÍTULO

REVISION DE LA UTILIZACION DE ESTATINAS EN PREVENCION SECUNDARIA EN EL C.S. CEDRILLAS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proyecto se gesta en la valoración de los indicadores del acuerdo de gestión de 2018 de nuestro centro de salud, en el que queda reflejado que la cobertura de estatinas en este tipo de pacientes está en un nivel inferior al esperado.

Tal y como queda reflejado en las guías clínicas (AHA, NICE), los pacientes con enfermedad cardiovascular ya diagnosticada (prevención secundaria) se benefician de un abordaje más intenso de su hiperlipemia. Así pues, el tratamiento con estatinas es un pilar fundamental en el control de posibles recidivas y de la mortalidad en este tipo de pacientes.

Somos conscientes de que en un alto porcentaje de pacientes, la incidencia está en el inadecuado registro de la medicación asociado al episodio cardiovascular y no en el la falta del tratamiento

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Definir aquellos pacientes en prevención secundaria.
- 2- Conocer los pacientes que precisan tratamiento y carecen de él.
- 3- Conocer los pacientes en tratamiento pero con un mal registro en episodio de OMI-AP
- 4- Intentar llegar a una cobertura del 90% de tratamiento con estatinas en pacientes con prevención secundaria

MÉTODO

Presentación del proyecto en reunión de equipo- Marzo 2019
-Formación a los profesionales con el objetivo de actualizar los conceptos relativos a las estatinas- 2º trimestre de 2019
-Reuniones de EAP para revisión/control de indicadores trimestrales
-Realización de memoria final febrero- marzo 2020

INDICADORES

Uso de estatinas en pacientes con prevención secundaria.

NUMERADOR: pacientes con prescripciones activas en receta electrónica en estatinas en prevención secundaria.
CIA distintos con prescripción activa de simvastatina o lovastatina, o pravastatina o fluvastatina o atorvastatina o rosuvastina o pitavastatina o simvastatina + ezetimiba o pravastatina + fenofibrato o atorvastatina + ezetimiba o atorvastatina + amlodipino o atorvastatina + AAS+ Ramipril y con código CIAP angina (K74) o IAM (K75) o enfermedad cardiaca arterioesclerótica (K76) o accidente cerebrovascular/ictus (K90).

DENOMINADOR: pacientes con diagnóstico de prevención secundaria
CIA distintos con código CIAP K74, K75, K76, o K90

DURACIÓN

La aplicación del proyecto será un año
Presentación- Marzo 2019- Difusión al resto del equipo
Formación Interna- Sesión Clínica - Abril 2019
Reuniones- 1 vez cada 3 meses para análisis de los datos coincidiendo con los cortes trimestrales
Evaluación del proyecto enero 2020
Realización de la memoria final -febrero 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 - 2019/0415

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL PARA EL USO CORRECTO DE LOS SISTEMAS DE INHALACION

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ANA JULIAN MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CEDRILLAS
· Localidad CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COMAS RIBAS EDUARDO
SANCHEZ RUBIO CONCEPCION
MARCO GRACIA MARTA
RUEDA PEREZ ANDRES
MONTERO PEREZ ASCENSION
MAÑAS BERNAD ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EN MAYO DE 2019 SE REALIZA UNA CAPTACION DE 34 PACIENTES CON EPOC/ASMA Y QUE NECESITAN DEL EMPLEO DE TRATAMIENTO CON DISPOSITIVOS INHALADORES.
A PRINCIPIOS DE JUNIO DE 2019 COMENZAMOS CON UNA SESION CLINICA A LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL C. SALUD DE CEDRILLAS SOBRE EL USO Y MANEJO DE LOS DISTINTOS TIPOS DE SISTEMAS DE INHALACION QUE DISPONEMOS EN LA ACTUALIDAD PARA EL CORRECTO MANEJO, PRESCRIPCION Y REVISION DE LOS PACIENTES CON EPOC/ASMA
A CONTINUACION CITAMOS LOS PACIENTES DE FORMA INDIVIDUALIZADA EN LA CONSULTA PARA PASARLES EL CUESTIONARIO DEL TAI TEST Y COMPROBAR ASI LA ADHESION Y EL TIPO DE CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO INHALADOR. A SU MISMA VEZ LES PEDIMOS QUE REALICEN EL INHALADOR DELANTE NUESTRO PARA COMPROBAR SI LO REALIZAN CORRECTAMENTE.
A PRINCIPIOS DE SEPTIEMBRE SE AGRUPAN A LOS PACIENTES EN GRUPOS HOMOGENEOS DE USO DE DISPOSITIVO INHALADOR PARA ACUDIR A LAS CHARLAS DE EDUCACION GRUPAL Y REFORZAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL MANEJO, CUIDADO Y PRESCRIPCION DE SUS DISPOSITIVOS INHALADORES.
A FINALES DE DICIEMBRE DEL 2019 REALIZAMOS UNA REVISION DE ESTOS PACIENTES COMPROBANDO LAS EXACERBACIONES CON LAS DEL AÑO PASADO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL 100% DE PACIENTES (34) QUE TIENEN PRESCRITO UN INHALADOR SON REVISADOS, DE ESTOS EL 17,64% (6) DE PACIENTES SE LES INDICA UN CAMBIO EN EL TIPO DE INHALADOR POR NO SABER USAR CORRECTAMENTE EL DISPOSITIVO PRESCRITO.
A NINGUNO, EL 0%, SE LES RETIRA EL INHALADOR.
CON EL CUESTIONARIO TAI TEST DETECTAMOS UN 90% DE BUENA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADOR Y SOLO UN 10% QUE REALIZAN UN INCUMPLIMIENTO DELIBERADO.
EL 80% (27) DE LOS PACIENTES ACUDEN A LAS CHARLAS DE EDUCACION GRUPAL SOBRE LOS DISPOSITIVOS INHALADORES.
DURANTE EL TRASCURSO DEL AÑO FALLECEN EL 8,87% (3) DE LOS PACIENTES INCLUIDOS POR LO QUE LOS SACAMOS DEL FINAL DEL ESTUDIO.
CON TODO ESTO CONSEGUIMOS UNA DISMINUCION DEL 11,67% DE LAS EXACERBACIONES CON RESPECTO AL AÑO ANTERIOR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA CORRECTA ACTUALIZACION SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LOS DISPOSITIVOS INHALADORES PERMITE UN CORRECTO MANEJO DE LOS PACIENTES.
LOS PACIENTES NECESITAN SER REVISADOS CON PERIODICIDAD SOBRE EL USO, ADHESION Y CUMPLIMIENTO DE SU TRATAMIENTO INHALADOR, PARA PODER COMPROBAR SU CORRECTA REALIZACION O VALORAR LA POSIBILIDAD DE UN CAMBIO EN LOS DISPOSITIVOS DE INHALACION QUE UTILIZAN ADAPTADO A SUS NUEVAS NECESIDADES.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/415 ===== ***

Nº de registro: 0415

Título
EDUACION GRUPAL PARA EL USO CORRECTO DE LOS SISTEMAS DE INHALACION

Autores:
JULIAN MARTINEZ ANA, COMAS RIBAS EDUARDO, SANCHEZ RUBIO CONCEPCION, MARCO GRACIA MARTA, RUEDA PEREZ ANDRES, MONTERO PEREZ ASCENSION, MAÑAS BERNAD ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0415

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL PARA EL USO CORRECTO DE LOS SISTEMAS DE INHALACION

Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La personas ancianas y/o las demenciadas y/o los pacientes con poca capacidad inspiratoria y/o los que no son capaces de utilizar la tecnica adecuada, no siempre usan correctamente los dispositivos inhaladores. Los profesionales no siempre conocen, en profundidad, los más de 26 SISTEMAS, 40 FÁRMACOS, 141 PRESENTACIONES amén de las distintas cámaras de los distintos inhaladores. Se ha detectado que algunos pacientes no usan correctamente los inhaladores, otros no usan el sistema más adecuado para ellos, y otros, simplemente, no están capacitados para usarlos.

RESULTADOS ESPERADOS
Deteccion de los pacientes con uso inadecuado de los inhaladores
Ajuste del tipo de inhalador o retirada del mismo
Todo ello enfocado a disminuir el numero de exacerbaciones en pacientes con EPOC/ASMA

MÉTODO
Educacion grupal sobre el uso de inhaladores
Valoracion individualizada de los pacientes que usan inhaladores
Formacion a los profesionales, sobre los multiples dispositivos, y su indicación en un tipo u otro de patologia o paciente
Adecuación del inhalador más adecuado a cada paciente
Retirada de los inhaladores en pacientes que no son capaces de usarlos correctamente

INDICADORES
% de pacientes que usan inhaladores, que acuden a sesiones de educación grupal
% de pacientes que tienen prescrito un inhalador, que son revisados
% de pacientes a los que se les indica un cambio en el tipo de inhalador
% de pacientes a los que se les retira el inhalador
% de disminución de episodios de exacerbacion de EPOC/ASMA

DURACIÓN
Mayo 2019. listado de pacientes con inhalador
Junio 2019. Educacion grupal a los usuarios de inhaladores
Junio 2019. Sesión Clínica, a los profesionales del Centro de Salud, sobre los distintos tipos de inhaladores y su indicación
Junio 2019 - Noviembre 2019, revision individualizada de los pacientes que usan inhalador
Diciembre 2019. Evaluación de la disminución de las exacerbaciones de EPOC/ASMA habidas durante el segundo semestre del año
Encuesta de satisfacción entre los usuarios de inhaladores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0139

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA

Fecha de entrada: 28/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE NAVARRO RUEDA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CELLA
· Localidad CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN HERNANDEZ RAQUEL
SUMSKY SUMSKY SERGIO
HERNANDEZ DIAZ ROGELIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se instauró el carro de paradas en la sala de Urgencias, en una zona accesible, cercana a la puerta de entrada, cerca de las salas de oxígeno y de un punto de electricidad. Su ubicación es conocida por todos los profesionales del centro que llegado el momento deban utilizarlo.
-Se realizaron sesiones de recuerdo a los profesionales del centro de la RCP básica y avanzada, así como también colocación de los algoritmos actualizados en lugar visible junto al carro.
-Se han hecho las correspondientes revisiones pautadas en el calendario durante los meses de febrero, mayo y agosto con la consiguiente revisión de caducidades, reposición de materiales caducados, firmados por el profesional que lo ha llevado a cabo.
-Se elaboró un listado con mediación y material con el que se dotó el carro. Listado que nos sirve de pauta en cada revisión, en la que se incluye para cada elemento: la fecha de caducidad, la fecha de reposición y el profesional que realiza la revisión del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Hemos garantizado la atención sanitaria de calidad a la población del Centro de Salud de Cella, para ello ha sido imprescindible dotar al centro de la instalación del material necesario.
-Hemos unificado los criterios referentes a la revisión y mantenimiento de los dispositivos para la atención urgente (carro de paradas).
-Hemos revisado y actualizado la relación del material sanitario y de los medicamentos que forman parte del dicho dispositivo.
-Se ha difundido la información a todos los profesionales conforme se estableció en el proyecto
-Respecto a los recursos utilizados, el centro ha recibido recientemente un carro de paradas nuevo propiamente dicho en el cual se ha colocado todo el material y medicación correspondiente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-En cuanto a la evaluación del proyecto podemos determinar que todos los indicadores para la valoración del cumplimiento previsto son > 95% en estos momentos.
-Dadas las características del proyecto podemos concluir que se trata de un proyecto de seguimiento anual que precisa análisis y control permanente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/139 ===== ***

Nº de registro: 0139

Título
IMPLANTACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA

Autores:
NAVARRO RUEDA MARIA JOSE, MARTIN HERNANDEZ RAQUEL, SUMSKY SUMSKY SERGIO, HERNANDEZ DIAZ ROGELIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0139

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA

PROBLEMA

Los carros de parada son elementos indispensables en cualquier centro sanitario para atender, en condiciones óptimas los casos de PCR con un material específico. En general estos carros se utilizan en contadas ocasiones, pero dado que se usan en situaciones de urgencia, es necesario protocolizar el material que debe incluir, como debe estar ordenado, revisar caducidades, etc. Para que llegado el momento esté disponible todo lo necesario minimizando la posibilidad de error. Por ello creemos conviene la instauración y mantenimiento del mismo en Centro de Salud de Cella.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general: garantizar óptima atención sanitaria a la población en situación de urgencias vital en Centro de Salud de Cella.

Objetivos específicos:

- 1.-difundir a los profesionales que conforman el equipo el reconocimiento de las situaciones de riesgo vital y actuación médica adecuada que requieran uso del carro de paradas, así como mantenimiento y reposición periódica del mismo.
- 2.-protocolizar el mecanismo de revisión del carro y reposición de material y farmacos que lo componen.

MÉTODO

- 1.-instauración del carro de paradas en la sala de urgencias.
- 2.-sesiones clínicas formativas a los profesionales sanitarios del Centro de Salud.
- 3.-control de caducidad y reposición de material caducado o gastado, mediante hoja de revisión, fecha de la misma, firma del profesional que realice la actividad, etc.
- 4.-elabora el listado de medicación y material del carro (hoja Excel).
- 5.-los profesionales del equipo se comprometerán a guardar, mantener y conservar adecuadamente el material, debiendo almacenarse en las condiciones específicas de cada sustancia.

INDICADORES

La evaluación del proyecto, se llevará a cabo cada año, según el criterio:

- numero de revisiones firmadas en la hoja de registro (carro de parada) x 100 / nº total de revisiones
 - registro de la revisión del correcto funcionamiento del DEA
 - registro de la revisión del correcto funcionamiento del laringoscopio
 - registro de la revisión del correcto funcionamiento del ambú
 - nº de sesiones realizadas en el Centro de Salud relacionadas con el tema x 100 / nº total de sesiones programadas.
- Objetivo: cumplimiento > 95%.

DURACIÓN

Está previsto iniciar el proyecto en enero del 2017:

- enero: implantación del carro y listado de medicación y material, inicio de sesiones clínicas informativas: 1º sesión en enero, 2º en abril, 3º en septiembre y 4º en diciembre de 2017
- febrero: inicio de revisiones protocolizadas acorde a lo previsto.

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: 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 - 2016/0373

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CELLA (TERUEL) EN EL PROGRAMA INFORMATICO BDU (BASE DE DATOS DE USUARIOS)

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ROGELIO HERNANDEZ DIAZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CELLA
· Localidad CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN HERNANDEZ RAQUEL
SUMSKY SUMSKY SERGIO
MIEDES FRIAS CARMEN
CERESUELA LOPEZ AMELIA
GARAY LALMOLDA PILAR
NAVARRO RUEDA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Seguimos corrigiendo filiaciones (la administrativa y con la ayuda de un cartel por consultorio y todo el equipo que nos recoge los datos que aportan los pacientes)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
126 filiaciones incorrectas de los que hay constancia de corrección .Las hay mas que se han corregido espontáneamente por involucrarse en interconsultas virtuales ect... que precisan de correccion

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Bien parece que es un proyecto que sería recomendable evaluar si extender a otros lugares, pues puede ser un problema sistémico y para la implementación precisa de nuevas iniciativas puede ser necesario

7. OBSERVACIONES.
Gracias

*** ===== Resumen del proyecto 2016/373 ===== ***

Nº de registro: 0373

Título
ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CELLA (TERUEL) EN EL PROGRAMA INFORMATICO BDU (BASE DE DATOS DE USUARIOS)

Autores:
HERNANDEZ DIAZ ROGELIO, MARTIN HERNANDEZ RAQUEL, SUMSKY SUMSKY SERGIO, MIEDES FRIAS CARMEN, CERESUELA LOPEZ AMELIA, GARAY ALMOLDA PILAR, NAVARRO RUEDA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

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

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

PROBLEMA
Hemos observado en nuestra práctica diaria que los datos de filiación de los pacientes que figuran en la Base de Datos de los Usuarios (BDU), no se encuentran actualizados en algunos casos. Probablemente esto se deba a la no notificación por parte de los mismos de las modificaciones que se producen en ellos a lo largo del tiempo. Este hecho, repercute directamente sobre la gestión correcta, segura y a tiempo de la asistencia tanto urgente como programada en nuestro centro de Salud y también influye negativamente en el ámbito Atención Especializada. La actualización de dichos datos puede contribuir a una mejora en la gestión de la atención.

RESULTADOS ESPERADOS
-El objetivo del proyecto es actualizar los datos incorrectos de la BDU de los usuarios del Centro de Salud de Cella, para un manejo correcto de la actividad del Centro y también válida para otros niveles de atención .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0373

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CELLA (TERUEL) EN EL PROGRAMA INFORMATICO BDU (BASE DE DATOS DE USUARIOS)

MÉTODO

Métodos y actividades de mejora en el Centro de Salud de Cella:

A-Diseño de Carteles recordatorios dirigidos a los usuarios, en los que se les recuerde la importancia de comprobar y actualizar sus datos de filiación.

Se colocarán en sitios estratégicos del Centro de Salud.

B-Elaboración de una ficha a rellenar por los usuarios, con los campos de la BDU que precisen modificación. Se entregará al usuario y este la devolverá una vez cumplimentada en Admisión del Centro de Salud.

C-Transcripción de los datos de la ficha al programa informático BDU, con las correcciones pertinentes.

INDICADORES

-Indicadores :

Número de usuarios corregidos: (número de fichas).

Campo más frecuentemente erróneo (teléfono, dirección o el que proceda...).

DURACIÓN

-Calendario de desarrollo y evaluación:

Enero de 2017: elaboración y colocación de los carteles.

Enero de 2017 a Diciembre de 2017, desarrollo del programa.

Junio 2017 primera evaluación semestral.

Diciembre 2017: evaluación anual.

OBSERVACIONES

Dado que se considera un programa de mejora continua, se puede considerar la ampliación al año 2018.

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 - 2016/1183

1. TÍTULO

VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 O MAS AÑOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE AMELIA CERESUELA LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CELLA
· Localidad CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES
GIL VALERO PILAR
GALLO BARSANTI ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se sacó la lista de pacientes mayores de 70 años por cupo. Se ha ido solicitando FG. Se ha hecho un registro de FG por paciente. Se ha analizado el FG en un 30-40% de todos los pacientes. Vamos retrasados en cuanto a análisis y falta también crear los episodios del tipo de Insuficiencia renal en OMI y en cada paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con los pocos datos recogidos hasta el momento, nos sorprende encontrar un alto porcentaje de Insuficiencia renal leve y moderada (algo más de un 40% cada una). Siendo la IR severa en torno al 1,5% y el FG normal en torno a un 12% de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debemos seguir analizando el FG en los pacientes que nos faltan, así como registrarlo en OMI con su correspondiente grado de Insuficiencia Renal. A partir de esa valoración, revisar la toma de AINES para reducir o suprimir según corresponda.

7. OBSERVACIONES.

Precisamos un año más para continuar con dicho Proyecto.
Tenemos la dificultad añadida de una baja larga del compañero de Villarquemado y prevista Jubilación.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1183 ===== ***

Nº de registro: 1183

Título
VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 75 O MAS AÑOS

Autores:
CERESUELA LOPEZ AMELIA, OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES, GIL VALERO MARIA PILAR, GALLO BARSANTI ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Nefrología
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Valorar la función renal en pacientes de 75 o más años para evitar el efecto "Triple Whammy" de los AINES y otros fármacos con potencial nefrotóxico.
Disminuir el deterioro renal de la población susceptible.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir yatrogenia y del "Triple Whammy" (IECA o ARA II + Diuretico + AINE)
Control del uso de AINES en dicha población

MÉTODO

Realizar a los paciente de la población diana, al menos una valoración del filtrado glomerular al año, a través de la fórmula de Cockcroft-Gault.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1183

1. TÍTULO

VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 O MAS AÑOS

INDICADORES

Se registrara un episodio en OMI con el estadío del deterior de la FG.

DURACIÓN

El proyecto se iniciará el 1/4/2017

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 - 2016/1190

1. TÍTULO

DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE FERNANDO GRACIA ORTIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CELLA
· Localidad CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MONCLUS MARIA DESAMPARADOS
GIL VALERO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Re-evaluación sobre los diferentes dispositivos de inhaladores utilizados en este tipo de patología. (Epoc)
-Se citaron pacientes individualmente en consulta, con patología de Epoc y que utilizan diariamente inhaladores.
-Se vuelve a comprobar la técnica del manejo del dispositivo, para ello los pacientes aportan sus propio dispositivo inhaladores
-Se les vuelve a instruir en su correcta utilización aquellos cuya técnica no es correcta
-Posteriormente seguimiento periódico de los pacientes en las consultas de enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Detectar y subsanar errores en el manejo de inhaladores. -Conseguir menos re-agudizaciones de la enfermedad.
-Disminuir la asistencia a las consultas medicas. -Disminuir la cantidad de ingresos hospitalarios.
-Mejorar la adhesión del paciente al tratamiento, conseguir el efecto deseado con el inhalador.
-Mejorar la calidad de vida de estos pacientes, (ademas en nuestro caso pacientes de edad avanzada)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-1/3 de los pacientes tienen una buena técnica de utilización de dispositivos.
-2/3 cometen errores en la técnica de administración :_
-Mala sincronizan activación dispositivo con la inspiración
-Sellar con los labios al dispositivo
-No inspirar profundamente en dispositivos de polvo seco
-Respirar muy pronto tras la inhalación
-Tenemos que insistir en las características de los pacientes así como su habilidad, preferencias y comprensión.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1190 ===== ***

Nº de registro: 1190

Título
DAR FORMACION A LOS PACIENTES SOBRE INHALADORES

Autores:
GRACIA ORTIZ FERNANDO, GARCIA MONCLUS AMPARO, GARCIA LOZANO CARMEN, MARTIN HERNANDEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se detecta necesidad de mejorar la utilización de inhaladores

RESULTADOS ESPERADOS

Dirigido a pacientes con enfermedades respiratorias que utilicen inhaladores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1190

1. TÍTULO

DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA

MÉTODO

Sesiones de formación a los pacientes con enfermedades respiratorias en tto con inhaladores en sesiones de 2 a 6 personas con sus inhaladores.

INDICADORES

Seguimiento y valoración de las intervenciones según las reagudizaciones y candidiasis que se detecten, valorando de forma individual

DURACIÓN

Abri 2017 y a lo largo del 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 - 2016/1190

1. TÍTULO

DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE FERNANDO GRACIA ORTIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CELLA
· Localidad CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MONCLUS MARIA DESAMPARADOS
GIL VALERO PILAR
OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se citan pacientes individualmente y en pequeños grupos, con EPOC y que utilizan diariamente inhaladores.

Tras comprobar la técnica del manejo del dispositivo, se detectan errores de manejo utilización.

Mal posicionamiento dispositivos o mala carga, escasa inspiración
Posteriormente se les instruye en su correcta utilización. Mediante charla y demostración del correcto manejo, se corrige el mal uso de estos inhaladores (abrir o girar bien dispositivos con clip final, acercar y apretar bien ala boca, pulsar en el momento adecuado, comprobar la numeración)(enjuague bucal para los corticoides)

También se detecta que varios pacientes utilizan los dispositivos correctamente y no necesitan corrección.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En los posteriores controles se constata, que en algunos pacientes parece que ya manejan los dispositivos adecuadamente y en el resto se vuelve a insistir en su correcto manejo, volviendo a incidir en los errores cometidos.

Otro aspecto es conseguir una buena adhesión al tratamiento, cosa que mayoritariamente admiten los pacientes que realizan correctamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusiones son que hay que seguir insistiendo en la buena utilización de los inhaladores, correctamente tanto mecánicamente como temporalmente (dosificación), insistiendo en posteriores controles.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1190 ===== ***

Nº de registro: 1190

Título
DAR FORMACION A LOS PACIENTES SOBRE INHALADORES

Autores:
GRACIA ORTIZ FERNANDO, GARCIA MONCLUS AMPARO, GARCIA LOZANO CARMEN, MARTIN HERNANDEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta necesidad de mejorar la utilización de inhaladores

RESULTADOS ESPERADOS
Dirigido a pacientes con enfermedades respiratorias que utilicen inhaladores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1190

1. TÍTULO

DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA

MÉTODO

Sesiones de formación a los pacientes con enfermedades respiratorias en tto con inhaladores en sesiones de 2 a 6 personas con sus inhaladores.

INDICADORES

Seguimiento y valoración de las intervenciones según las reagudizaciones y candidiasis que se detecten, valorando de forma individual

DURACIÓN

Abri 2017 y a lo largo del 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0541

1. TÍTULO

VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 A 85 AÑOS

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE PILAR GIL VALERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CELLA
· Localidad CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES
CERESUELA LOPEZ AMELIA
COSCULLUELA ABADIA ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Petición de FGR a los pacientes entre 70 y 85 años cada 6 meses, Estadio de IRC según el FGR, Hemos creado en OMI el episodio de IRC y estadio, revisión de tratamientos y retirada de aines en receta cronica electronica si los tenian pautados de forma cronica,

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No hemos podido obtener cifras de resultados debido al traslado de centro de compañeros e incorporacion de otros nuevos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Algunos de los pacientes con insuficiencia renal leve-moderada tenian en su receta electronica pautados a demanda AINES y solo con retirarlos y explicarles el mal uso que se hace de ellos su funcion renal se ha normalizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/541 ===== ***

Nº de registro: 0541

Título
VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 A A 85 AÑOS

Autores:
GIL VALERO PILAR, OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES, CERESUELA LOPEZ AMELIA, COSCULLUELA ABADIA ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Valorar la funcion renal en pacientes de 70 a 85 años para evitar el efecto adverso de los AINES sobre todo en personas que cursan con enfermedad renal cronica y edad avanzada.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir el consumo de AINES en pacientes de 70años a 85años.Evitar en la medida de lo posible los AINES en pacientes con deterioro de la funcion renal. Conseguir que la funcion renal no se deteriore o que mejore en estos pacientes.

MÉTODO
A los pacientes de las poblaciones diana se les realizara al menos una vez al año una determinacion del filtrado glomerular estimado mediante una analitica y se revisaran los tratamientos.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0541

1. TÍTULO

VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 A 85 AÑOS

Se registrara un episodio en OMI con estadio de la funcion renal segun los valores del filtrado glomerular

DURACIÓN
el proyecto se inicia en abril 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 - 2018/0638

1. TÍTULO

FORMACION SALUD FISICA Y EMOCIONAL

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE AMELIA CERESUELA LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CELLA
· Localidad CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES
GIL VALERO PILAR
COSCULLUELA ABADIA ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
FORMACION EN SALUD. NO SE PUDO REALIZAR EL TOTAL DE SESIONES PROGRAMADAS DEBIDO A QUE LOS HORARIOS CEDIDOS EN EL INSTITUTO DIFICULTABAN MUCHO EL CUMPLIMIENTO DE NUESTRA CONSULTA MÉDICA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
MEJORA DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
UNA BUENA PROGRAMACIÓN Y ACUERDO DE HORARIOS PREFIJADOS ES ESENCIAL. TENER CLAROS LOS OBJETIVOS, LA POBLACIÓN A LA QUE VA DESTINADA Y CÓMO SE VAN A MEDIR LOS RESULTADOS

7. OBSERVACIONES.
SEÑALAR LA DIFICULTAD DE ORGANIZAR UN PROYECTO COMUNITARIO EN EQUIPO

*** ===== Resumen del proyecto 2018/638 ===== ***

Nº de registro: 0638

Título
FORMACION EN SALUD FISICA Y EMOCIONAL

Autores:
CERESUELA LOPEZ AMELIA, OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES, COSCULLUELA ABADIA ANGEL, GIL VALERO PILAR, GARCIA LOZANO CARMEN, GARCIA MONCLUS AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SIN PATOLOGIA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Información y formación

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Necesidad de dotar a los adolescentes de herramientas para el manejo de su salud, higiene, nutrición. Y de habilidades para detectar y manejar situaciones de riesgo en cuando a discriminación, acoso o maltrato.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL.
Dotar a los alumnos de herramientas útiles en situaciones cotidianas y de problemática social que se acusa actualmente.

OBJETIVOS SECUNDARIOS.
-
Capacitar para la realización de una Reanimación Cardio
-
pulmonar Básica tanto de manera teórica
como práctica.
-
Dar a c

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0638

1. TÍTULO

FORMACION SALUD FISICA Y EMOCIONAL

Conocer a los alumnos las Enfermedades de Transmisión sexual existentes, vías de prevención y buenos hábitos. Resolver dudas existentes relacionadas con la Educación Sexual.

- Concienciar sobre hábitos saludables generales en salud: Referencia a higiene, alimentación y consumo de drogas.

- Tratar el tema de acoso escolar y discriminación, problema creciente entre nuestros jóvenes, de una manera práctica, cercana y amena

MÉTODO

SESIONES Y PONENTES: Sesiones de unos 30-40 minutos en dos grupos a los alumnos de 1º de la ESO (unos 40 alumnos en total) del Instituto de cella

- Buenas Prácticas: Loli Oficialdegui y Carmen Garcia

- RCP BÁSICA (Teoría y práctica): Piral Gil

- Acoso escolar (Proyección de un corto y charla grupal): Carolina Castaño

- Educación Sexual : Lourdes Ortiz

- Vive Sano: Angel Cosculluela y Amparo García

- Discriminación (Cuento para pensar y Dinámica grupal): Amelia Ce

INDICADORES

Encuesta de satisfacción y sugerencias

DURACIÓN

Se realizan dos sesiones en mayo de 2018 y el resto en septiembre-octubre de 2018 con el inicio del curso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE FERNANDO MAICAS MAICAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CELLA
· Localidad CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades realizadas/ calendarios marcados
Durante este tiempo se han realizado varios cursos en:

- 1) La comandancia de Teruel durante el mes de junio de 2018 con 11 guardia civiles del grupo de intervención rápida de la G.Civil (USECIC).
- 2) El puesto de Alcañiz durante el mes de junio con 24 guardias civiles.
- 3) El subsector de tráfico de Teruel 85 asistentes en varios grupos durante el mes de noviembre de 2018.

Quedando pendiente la encuesta de evaluación para evaluar la influencia del paso del tiempo en la formación aportada, esta encuesta se pasará en el último trimestre de 2019 (al final del proyecto).

Las clases se han realizado en 4 horas (Modificando el horario planteado inicialmente, puesto que, por turnicidad, a los equipos de G Civil el incremento de horario les hubiera supuesto una alteración en el desarrollo de sus funciones)

Las clases han sido sectorizadas por temáticas, otorgando:
- Para el conocimiento de los distintos niveles asistenciales, sus recursos, su disponibilidad en el medio rural y su protocolo de activación 30 minutos -
- Formación en posición lateral de seguridad y SVB adulto según algoritmo ERC 30 minutos
- Prácticas en grupos reducidos 120 minutos
- Formación en obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño y aplicación de DESA 15 minutos
- Prácticas de OVACE + DESA 30 minutos
- Encuesta de satisfacción con el curso y dudas 15 minutos

Actividades pendientes para 2019

- * MARZO formación en la compañía de Mora para todas las agrupaciones de la zona: Rubielos, Alcalá, Sarrión, Mosqueruela...
- * MAYO formación en la compañía de Calamocha para todas las agrupaciones de la zona: Calamocha, Morreal, Santa Eulalia...
- * OCTUBRE y NOVIEMBRE formación en la Comandancia de Teruel con las compañías periféricas de Cella, Villel ...

Recursos empleados

- Vehículo propio para los desplazamientos
- Ordenador, rotafolios, rotuladores, cañón y DESA de entrenamiento propio
- Muñecos RCP y mascarillas prestados por Cruz Roja Teruel

Material entregado

- Encuestas de evaluación
- Test de evaluación de conocimientos validado por SESCAM (se entregará en 2019)
- Algoritmo ERC

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al ser una memoria continuación no podemos valorar todavía muchas de las metas que teníamos marcadas.

Pero, lo que si podemos indicar es que el nivel de satisfacción de los alumnos es superior a las expectativas, objetivándolo por la valoración otorgada en la encuesta de evaluación. También podemos indicar que el nivel de interés y la calidad de las preguntas y aportaciones es superior al de cursos realizados con otros perfiles de alumno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Mejoras
- El tiempo para la formación del contenido expuesto anteriormente es muy ajustado y seguiremos intentando convencer a los mandos para que nos concedan más tiempo para prácticas.
- Los grupos oscilan en cuanto a volumen y hemos tenido algún grupo de hasta 32 personas, siendo nuestro objetivo inicial máximo de 8 alumnos por docente (28 alumnos), dado que somos 3 docentes contando la Teniente enfermera Pilar Adrian, pero nos hemos visto obligados a realizarlos de todas formas ya que no podían sectorizar la compañía en más días.

Pendientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD

Como hemos comentado antes, nos quedaría:

- Recopilar y analizar los resultados encuestas de evaluación de conocimientos y el efecto del tiempo sobre ellos
- Las compañías antes expuestas de Mora, Calamocha, y Teruel con un volumen importante de alumnos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1483 ===== ***

Nº de registro: 1483

Título
ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD

Autores:
MAICAS MAICAS FERNANDO, NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Parada cardiorespiratoria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: correcta aplicación de la cadena de la vida mejorando pronostico y evolución del paciente

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto nace como respuesta a una necesidad comunitaria
: Desde atención continuada hemos percibido que cada vez que se produce un incidente importante en vía pública:
accidente de trafico, PCR, sincope... los primeros en acudir al lugar del suceso son los compañeros de la Guardia Civil.

Esto es debido a que Guardia Civil acude directamente con las unidades que tienen desplegadas, mientras nosotros tenemos que:
1. Desalojar los posibles pacientes no urgentes que tenemos en el centro de salud.
2. Realizar desvíos telefónicos.
3. Colocar carteles en las puertas y cerrar el centro.
4. Cargar el vehículo con el material adecuado para cada incidente.
5. Acudir con un vehículo sin rotativos ni prioritarios desde el punto de atención continuada hasta el lugar del incidente (que puede estar en otro pueblo)
Por lo expuesto anteriormente al acudir los primeros, Guardia Civil se ve obligada a realizar una actuación de soporte vital básico durante unos 10-12 minutos (hasta la llegada del equipo sanitario) para los que muchas veces la formación recibida esta desactualizada y es muy limitada .Dándose casos en los que por el volumen de las promociones, ni siquiera han tenido la oportunidad de realizar prácticas de RCP.
La detección del problema ha surgido de los propios compañeros de guardia civil, que en las últimas actuaciones nos han planteado el poder formarles en esta materia
Estos primeros minutos, con una atención correcta son vitales, ya que en una obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño, en una parada cardio-respiratoria ... además de mejorar el pronostico de nuestra atención pueden salvar la vida del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer los distintos niveles asistenciales y su disponibilidad en el medio rural.
Conocer los procedimientos de activación y el tiempo estimado de llegada de los recursos sanitarios.
Conocer los recursos sanitarios de cada zona.
Reconocer signos y síntomas de alerta y actuación inmediata
Conocer la secuencia actualizada de actuación en parada cardiorespiratoria
Demostrar mediante examen práctico la correcta actuación ante parada cardiorespiratoria
Conocer la funcionalidad y demostrar mediante práctica la correcta colocación del paciente en posición lateral de seguridad
Demostrar mediante practica la correcta actuación ante obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño
Demostrar mediante práctica la correcta colocación y conocimiento del funcionamiento de un desfibrilador semiautomático.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD

El curso se desarrollara en un modulo presencial de 8 h de duración divididas en dos dias:

Un primer día 5 horas en el que se realizara:

- Una primera parte teórica en la que aprenderán técnicas y conocimientos de Soporte vital básico, posición lateral de seguridad, obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño
Una segunda parte en la que llevaran a la práctica mediante casos clínicos lo aprendido anteriormente

Un segundo día 3 horas en el que se realizara:

práctica con casos clínicos

INDICADORES

Realizaremos un práctico antes y después de las clases para conocer si se han mejorado los conocimientos y el aprendizaje ha sido fructífero

El examen consistirá en un tipo tes de 10 preguntas con una sola respuesta verdadera.

También se realizara un examen práctico siguiendo los algoritmos ERC en atención de pacientes en Parada Cardiorespiratoria

DURACIÓN

El curso durara 8 horas y se realizara en función de los horarios que nos indique comandancia, siendo posible la sectorización en 2 días

El proyecto abarca toda la provincia de Teruel lo que implica que por volumen de alumnos la duración seria de junio de 2018 a junio de 2019 (un año)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BÁSICA DE SALUD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE FERNANDO MAICAS MAICAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CELLA
· Localidad CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este estudio nació en 2018 respondiendo a la necesidad formativa demandada por los propios compañeros de guardia civil tras exponerlo a dirección de atención primaria y reunirnos con el puesto medico de G.C. Se creyó conveniente extenderlo a toda la provincia, cosa que nos resultó imposible (por motivos de organización de las distintas compañías) así que solicitamos una continuación del proyecto un año más. Tras concedérselo y pensando en hacer un estudio más productivo pensamos en seguir tres líneas de actuación:

- 1ª Situación basal y aumento de competencia tras formación en primeros auxilios en GC con una intervención formativa puntual.
- 2 Nivel de conocimientos retenidos un año (Después de la intervención formativa puntual)
- 3 Efecto booster producido por una segunda formación pasado un año.

CRONOGRAMA de actividades realizadas en el periodo del proyecto: (En ellas hemos participado ambos miembros del equipo)

15/03/2018 --- Reunión con Dña Pilar Adrián teniente enfermera de G. Civil
5 y 19/04/18 ---Diseño consensuado con GC de cronograma de formación, clases, recursos..
Mayo 2018 ---Se informa a los distintos puestos de que se va a realizar formación en primeros auxilios para sus unidades por sus medios oficiales; es decir mediante la reunión que mantienen semanalmente con sus superiores. (Los alumnos fueron seleccionados aleatoriamente según disponibilidad el día del curso.)
19/06/2018 ---Comienzo de formación en unidad USECIC (unidad de seguridad ciudadana de Teruel (11 alumnos con examen pre formación y post formación)
21/6/2018---- Comienzo de formación en zona de Alcañiz para los puestos: Albalate del Arzobispo, Alcañiz, Alcorisa, Andorra, Ariño, Calaceite, Calanda, Cantavieja, Híjar, Mas de las matas, Monroyo, Valdealgofa y Valderrobles (23 alumnos con examen pre formación y post formación)
Periodo estival ---Inhábil por vacaciones de los alumnos
15/10/2018 ---Reunión postestival en la que acordamos solicitar un año de prórroga ya que por cuestiones organizativas de GC es imposible concluir el proyecto y rediseño del proyecto con los tres puntos arriba mencionados
22/11/2018 ---Reunión con dirección para informar de la solicitud de continuación de proyecto un año mas
Enero-oct ---Comienzo de formación con guardia civil de tráfico 85 agentes.
2/02/2019 ---Reunión para adecuación de formación con la teniente Pilar Adrian.
29/05/2019 ---Comienzo de formación en zona de Monreal para los puestos de Aliaga, Calamocha, Caminrreal, Monrreal, Montalbán, Santa Eulalia y Utrillas.
05/06/2019 ---Comienzo de formación en zona de Mora de Rubielos para los puestos de Alcalá de la selva, Rubielos, Mora, Mosqueruela, Puebla de Valverde, Sarrión.
06/06/2019 ---Comienzo de formación en zona de Teruel para los puestos de Albarracín, Alfambra, Cedrillas, Cella, Teruel, COS.
10/06/2019 --- Formación al año en unidad USECIC (unidad de seguridad ciudadana de Teruel (9 alumnos con examen pre formación y post formación)
13/06/2019 --- Formación al año en zona de Alcañiz para los puestos: Albalate del Arzobispo, Alcañiz, Alcorisa, Andorra, Ariño, Calaceite, Calanda, Cantavieja, Híjar, Mas de las matas, Monroyo, Valdealgofa y Valderrobles (21alumnos con examen pre formación y post formación)
18/09/2019 ---Evaluación de resultados numérico
15/01/2020 ---Elaboración de Conclusiones del proyecto
22/01/2020 ---Elaboración del proyecto de calidad para subir a la plataforma esa semana.
3/02/2020 ---puesta en común de resultados con teniente de la G civil para su difusión en el cuerpo

Cronograma de la formación que se realizó con las distintas compañías :

HORA	ACTIVIDAD	TIEMPO	RESPONSABLE
10:00	Presentación de actividades-----	5 min	Pilar
10:05	Examen 15 preguntas-----	15 min	Control por los tres
10:20	Justificación del curso (asistencia sanitaria)-----	5 min	Fernando
10:25	Caso clínico sin formación DESA----- (dinámica)	10 min	Fernando
10:35	Análisis del caso clínico con DESA-----	55 min	
	Cadena supervivencia (foto) -----		Maria Jose
	Pls (practica)-----		Los tres en grupos
	Rcp + video-----		Maria Jose
	DESA (video parada ritmo)-----		Fernando
	OVACE-----		Pilar
11:20	Practicas por grupos-----	120 min	Los tres en grupos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BÁSICA DE SALUD

13:35 Examen -----15 min -----Control por los tres
13: 50 ENCUESTA CALIDAD + DUDAS-----5 min ----- Recogida por los tres
Total-----4 horas

COMUNICACIÓN DEL PROYECTO A LOS PARTICIPANTES: Durante el mes de mayo de 2018 Se informó a los distintos puestos de que se va a realizar formación en primeros auxilios para sus unidades por sus medios oficiales, es decir, mediante la reunión que mantienen semanalmente con sus superiores.
Comunicación de los resultados a los participantes: el día 3 de febrero se ha concretado una reunión con la teniente Pilar Adrián para entregar los resultados obtenidos y utilizando los cauces propios de Guardia Civil sean informados alumnos y mandos

MATERIALES ELABORADOS:

Algoritmo RCP: Al final en vez de entregarlo en mano, se les informó de donde poder acceder a él, (ya que los primeros grupos se dejaron parte de ellos en la propia clase) así que usamos el de la European Resuscitation Council por medio de la pagina <https://www.cercp.org/> (consejo europeo de resucitación cardiopulmonar)
Hicimos esta modificación pensando en que los documentos se pierden y desactualizan, pero si sabían acceder a la página la tendrían para siempre y estarían actualizados cuando desearan.

ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Se pasó el examen validado por el Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León y SESCAM para la titulación oficial de socorrista .

Fue un examen de 16 preguntas tipo test con 4 respuestas posibles y una sola respuesta correcta, las preguntas negativas restan 0,33 las positivas suman 1 las no contestadas ni sumaban ni restaban

Adjunto únicamente las tres primeras preguntas por falta de número de caracteres para poder hacerse una idea de cómo era el test validado por SESCAM:

1) La desfibrilación es una técnica que:

- A) Se emplea para convertir un ritmo desfibrilable en un ritmo que genere un latido cardiaco efectivo, capaz de generar pulso
 - B) Se emplea en cualquier ritmo que a producido una parada cardiorespiratoria
 - C) Carece de importancia en situaciones de parada cardiorespiratoria
- Ha quedado en desuso por la aparición de otro tipo de técnicas alternativas

2) Un paciente con antecedentes recientes de corazón sufre una parada cardiaca súbita.
¿Cuál de las siguientes medidas le ofrece las mejores probabilidades de supervivencia?

- A) Esperar que lleguen los servicios de emergencia médicos para realizar RCP (Reanimación Cardio Pulmonar)
- B) RCP (Reanimación Cardio Pulmonar) inmediata y desfibrilación en los primeros minutos
- C) Desfibrilación a los diez minutos independientemente de la RCP (Reanimación Cardio Pulmonar)
- D) RCP (Reanimación Cardio Pulmonar) inmediata con desfibrilación a los 10 minutos

3) Usted es testigo de el desvanecimiento de un hombre de 45 años. Le practica RCP (Reanimación Cardio Pulmonar) tras enviar a alguien a llamar al 112. Ha hecho lo posible por asegurar que los dos primeros eslabones de la cadena de supervivencia se cumplan de inmediato. ¿ Cual es el tercer eslabón de la cadena, el que tendrá mayor efecto para mejorar las posibilidades de supervivencia de este hombre?

- A) La llegada del personal de emergencias que le administre fármacos
- B) El traslado del paciente al hospital
- C) La desfibrilación
- D) La llegada del personal de emergencias capaz de realizar Reanimación Cardio Pulmonar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como comentábamos en las actividades, se siguieron tres líneas de actuación:

1ª Situación basal y aumento de competencia tras formación en primeros auxilios en GC con una intervención formativa puntual.

1- La fuente de información fueron las encuestas validadas por SESCAM entregadas preformación para conocer la situación basal y postformación para ver la variación de conocimientos.

Para este primer punto se realizó formación en Teruel, Monreal y Mora agrupando muchas compañías. Los resultados fueron:

Teruel 06/06/19 pre formación-----post formacion
Número de alumnos-----13-----13
Aprobados-----4-----13
Suspensos-----9-----0
Nota media:----- 3,42 / 10-----8,18/10

Monreal 29/05/19 pre formación -----post formacion
Número de alumnos-----21----- 20
Aprobados----- 4-----18
Suspensos-----16----- 2
Nota media: -----3.15/ 10 -----6,62/10

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BÁSICA DE SALUD

Incidencia: 1 alumno salió del aula antes de realizar el postformación

Mora 05/06/19 pre formación -----post formacion
Número de alumnos-----29 -----29
Aprobados-----2-----29
Suspensos-----27-----0
Nota media: -----2,43 /10-----7,3/10

Suma Teruel + Calamocha + Mora muestra total 62 personas

Pretest: $3.42+3.15+2.43=$ nota media 3/10

Posttest: $8.18+6.62+7.3=$ nota media 7.36/10

El estándar marcado era conseguir una formación superior a 5 y en todos los grupos se consiguió, incluso superando expectativas y llegando al 7,36 de media consiguiendo un impacto mayor al esperado puesto que partíamos en todas las agrupaciones de una nota media de 3

2ª Actuación: Conocimientos retenidos un año después de la intervención formativa puntual

Para ello se dio en los grupos USECIC y Alcañiz formación en 2018 y transcurrido un año. Se utilizó de fuente el mismo cuestionario validado por SESCOAM para ver qué cantidad de conocimientos habían retenido un año después.

Fecha de Formación ----- Fecha de examen
USECIC 19/06/2018-----10/06/2019
ALCAÑIZ 21/06/2018-----10/04/2019

USECIC
Número de alumnos -----9
Aprobados-----2
Suspensos-----7
Nota media: -----3.56 / 10

ALCAÑIZ
Número de alumnos-----21
Aprobados-----8
Suspensos-----13
Nota media:-----4.60/ 10

El estándar marcado era conseguir una formación superior a 5 y en ninguno de los 2 grupos se consiguió, ya que la nota fue de 3.56 en USECIC y 4,60 en Alcañiz. El impacto de estos resultados nos indica que no vale con una intervención puntual sino que se tiene que realizar una formación continuada con reciclajes en menos de un año.

3ª actuación Efecto booster producido por una segunda formación pasado un año.

Para ello se utilizaron los mismos grupos USECIC y Alcañiz que habían sido formados en 2018 y se les realizó otra sesión formativa de 4h siguiendo el cronograma arriba expuesto. Se utilizó de fuente el mismo cuestionario validado por SESCOAM para ver qué cantidad de conocimientos disponían con una segunda intervención

USECIC-----1ª formación 19/06/2018-----2ª formación 10/06/2019---examen
ALCAÑIZ---1ª formación 21/06/2018-----2ª formación 10/04/2019---examen

USECIC postformación al año sobre 16 preguntas formación a un año de servicio especial
Número de alumnos-----9
Aprobados-----9
Suspensos-----0
Nota media:-----8.1 / 10

ALCAÑIZ
Número de alumnos-----20
Aprobados-----19
Suspensos-----1
Nota media: -----7.71 /10

1 alumno salió del aula antes de realizar el postFORMACIÓN

El estándar marcado era conseguir una formación superior a 5 y en los 2 grupos se consiguió. El impacto de estos resultados nos indicó un nivel de conocimientos superior a la intervención puntual que se realizó en Teruel, Monreal y Mora lo que refuerza la importancia de la formación programada y reciclajes en estos primeros intervinientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BÁSICA DE SALUD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DIFICULTADES ENCONTRADAS DURANTE EL PROYECTO:

HORARIOS: Al trabajar con una institución oficial en activo, tuvimos que disminuir nuestras 8 horas programadas de curso a 4 horas para no alterar en el desarrollo de la actividad de las unidades.

PERDIDA DE ALUMNOS EN LOS GRUPOS QUE REALIZAMOS FORMACIÓN UN AÑO DESPUES: De los dos grupos que realizamos la formación al año algunos efectivos no estaban aquel día o habían sido trasladados a otras provincias pasando la muestra en USECIC de 11 a 9 y en Alcañiz de 23 a 21. También se trabajó con un grupo numeroso de guardia civil de tráfico, pero por motivos laborales, horarios y turnicidad no estaban durante la clase completa y era muy difícil hacer una primera y segunda vuelta con ellos así que se continuó haciendo formación con ellos, pero no la incluimos en este proyecto de calidad

Una dificultad que pensamos que nos alteraría el volumen de participantes fue la activación de alumnos durante el curso por diferentes incidencias, pero una vez allí no se dio el caso en ninguno de los cupos.

GASTOS EXTRA fue un hándicap, ya que no contábamos con los siguientes gastos extra que tuvimos que asumir los componentes del equipo.

- Desplazamientos, en los que cuando diseñamos en proyecto con la teniente desconocíamos que no podíamos desplazarnos con ella en los vehículos oficiales por cuestiones del seguro corporativo militar.

- Materiales: En el diseño del proyecto pensamos en realizar las fotocopias en comandancia, pero al ser un volumen tan importante no pudimos.

CONCLUSIONES

La formación de base en las academias de guardia civil no es suficiente (como demuestran los resultados inferiores a 5), para ofrecer una primera asistencia de calidad hasta que llegan los servicios de emergencia.

Es necesario el reciclaje anual ya que como se observa en los grupos de USECIC y Alcañiz el paso del tiempo agrava las dudas y merma los conocimientos (llegando a estar por debajo de 5 en la mayoría de los casos)

La motivación de base de estos profesionales, hace que con una intervención formativa básica de 4h pasemos de medias muy inferiores al 5 a medias de notable en todas las compañías con una capacidad de respuesta en las sesiones practicas capaz de mantener en perfectas condiciones un paciente hasta la llegada de los servicios de emergencia.

VALORACIÓN

Estamos muy satisfechos con este proyecto ya que estos compañeros son primeros intervinientes en emergencia extrahospitalaria hasta la llegada de los servicios de emergencia sanitaria. De ellos, muchas veces, depende el pronóstico y las posibilidades de supervivencia del paciente, siendo insuficiente la formación recibida en sus centros de trabajo.

Este proyecto ha demostrado que aportándoles conocimientos ayudamos a la comunidad a tener más posibilidades de supervivencia y menos daños neurológicos.

Tras el proyecto hemos solicitado a dirección que se incluya la formación de estos profesionales desde las distintas zonas básicas de salud, puesto que formándolos a ellos todos salimos beneficiados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1483 ===== ***

Nº de registro: 1483

Título
ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD

Autores:
MAICAS MAICAS FERNANDO, NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BÁSICA DE SALUD

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: correcta aplicación de la cadena de la vida mejorando pronostico y evolución del paciente

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto nace como respuesta a una necesidad comunitaria
: Desde atención continuada hemos percibido que cada vez que se produce un incidente importante en vía pública: accidente de tráfico, PCR, síncope... los primeros en acudir al lugar del suceso son los compañeros de la Guardia Civil.

Esto es debido a que Guardia Civil acude directamente con las unidades que tienen desplegadas, mientras nosotros tenemos que:

1. Desalojar los posibles pacientes no urgentes que tenemos en el centro de salud.
2. Realizar desvíos telefónicos.
3. Colocar carteles en las puertas y cerrar el centro.
4. Cargar el vehículo con el material adecuado para cada incidente.
5. Acudir con un vehículo sin rotativos ni prioritarios desde el punto de atención continuada hasta el lugar del incidente (que puede estar en otro pueblo)

Por lo expuesto anteriormente al acudir los primeros, Guardia Civil se ve obligada a realizar una actuación de soporte vital básico durante unos 10-12 minutos (hasta la llegada del equipo sanitario) para los que muchas veces la formación recibida esta desactualizada y es muy limitada .Dándose casos en los que por el volumen de las promociones, ni siquiera han tenido la oportunidad de realizar prácticas de RCP.

La detección del problema ha surgido de los propios compañeros de guardia civil, que en las últimas actuaciones nos han planteado el poder formarles en esta materia

Estos primeros minutos, con una atención correcta son vitales, ya que en una obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño, en una parada cardio-respiratoria ... además de mejorar el pronostico de nuestra atención pueden salvar la vida del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer los distintos niveles asistenciales y su disponibilidad en el medio rural.
Conocer los procedimientos de activación y el tiempo estimado de llegada de los recursos sanitarios.
Conocer los recursos sanitarios de cada zona.
Reconocer signos y síntomas de alerta y actuación inmediata
Conocer la secuencia actualizada de actuación en parada cardiorespiratoria
Demostrar mediante examen práctico la correcta actuación ante parada cardiorespiratoria
Conocer la funcionalidad y demostrar mediante práctica la correcta colocación del paciente en posición lateral de seguridad
Demostrar mediante practica la correcta actuación ante obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño
Demostrar mediante práctica la correcta colocación y conocimiento del funcionamiento de un desfibrilador semiautomático.

MÉTODO

El curso se desarrollara en un modulo presencial de 8 h de duración divididas en dos dias:

Un primer día 5 horas en el que se realizara:

- Una primera parte teórica en la que aprenderán técnicas y conocimientos de Soporte vital básico, posición lateral de seguridad, obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño
- Una segunda parte en la que llevaran a la práctica mediante casos clínicos lo aprendido anteriormente

Un segundo día 3 horas en el que se realizara:
práctica con casos clínicos

INDICADORES

Realizaremos un práctico antes y después de las clases para conocer si se han mejorado los conocimientos y el aprendizaje ha sido fructifero

El examen consistirá en un tipo tes de 10 preguntas con una sola respuesta verdadera.

También se realizara un examen práctico siguiendo los algoritmos ERC en atención de pacientes en Parada Cardiorespiratoria

DURACIÓN

El curso durara 8 horas y se realizara en función de los horarios que nos indique comandancia, siendo posible la sectorización en 2 días

El proyecto abarca toda la provincia de Teruel lo que implica que por volumen de alumnos la duración seria de junio de 2018 a junio de 2019 (un año)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BÁSICA 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 - 2019/0295

1. TÍTULO

MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EPOC EN C.S. DE CELLA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE PILAR GIL VALERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CELLA
· Localidad CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CERESUELA LOPEZ AMELIA
HERNANDEZ RODRIGEZ MARTA
CATALAN ADIVINACION GLORIA
GRACIA ORTIZ FERNANDO
GARCIA MONCLUS AMPARO
GARCIA LOZANO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En mayo se realizo una sesion clinica sobre Epoc, haciendo enfasis en los factores de riesgo, sobre todo el tabaquismo y la importancia de detectarlo en pacientes mayores de 15 años.
-En la misma sesion se hizo un taller practico del manejo de espirometro del centro y se realizo una espirometria .
Cada profesional del centro revisó sus listados en el cuadro de mandos del acuerdo gestion: intervencion del tabaco, deteccion de tabaco, prevalencia de epoc, epoc sintomas y epoc vias aereas.
- De la cartera de servicios se saco la lista de pacientes dependientes del tabaco de cada profesional y se selecciono los que tenian entre 40 y 80 años.
-Se han revisado tratamientos de pacientes con inhaladores y si estaban asociados a episodios correctos.
_Enfermeria se hace cargo de realizar las espirometrias de su cupo y se citan en la sala de espirometria.
_ Se coloco en la sala de urgencias donde se realizan las espirometrias una hoja informativa de como realizar espirometrias para falicitar su realizacion.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-La Prevalencia de EPOC en C.S de Cella en febrero del 2019 era del,517% y en diciembre del 2019 :2.50%
-El porcentaje de pacientes fumadores a quienes se les ha realizado la intervencion sobre tabaquismo en febrero del 2019 era de 69,57% y en diciembre 2019 se consiguio el 75.43%.
- El porcentaje de pacientes mayores de 15 años a quienes se les ha preguntado por el consumo del tabaco, en febrero del 2019 era del 33,63% y en diciembre 2019: 56.47%
-El porcentaje de fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha realizado una espirometria en C.S de Cella ha sido de un 6%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La prevalencia de EPOC en C.S. de Cella ha aumentado un 1%
El porcentaje de pacientes fumadores a quienes se le realizo la intervencion sobre el tabaquismo aumento un 5,86 %
El porcentaje de pacientes mayores de 15 años a quienes se les ha preguntado por el consumo del tabaco aumento un 22,84% .
El numero de espirometrias realizadas han sido 20

Debido a que en los consultorios locales no estan dotados de espirometros y que muchos pacientes a los que se les ofrece la espirometria en el centro de Salud no pueden o no les va bien desplazarse para realizarla, el nº de espirometrias realizadas ha sido menor del esperado.

Se acuerda por parte del equipo desplazar el espirometro a los consultorios locales para realizar espirometrias una semana al mes para facilitar su realizacion a los pacientes .

Como el resultado obtenido no ha sido el deseado, se acuerda por parte del equipo seguir con este proyecto y realizar una nueva valoracion de los indicadores a los 6 meses y al año.
Se realizara una nueva sesion clinica y puesta en comun de los problemas detectados en el seguimiento de dicho proyecto

7. OBSERVACIONES.

_ En dos ocasiones, durante la realizacion de espirometrias, los pacientes han sufrido un sincope y la prueba se tuvo que suspender, revisando la historia clinica de dichos pacientes la espirometria no estaba contraindicada.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/295 ===== ***

Nº de registro: 0295

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0295

1. TÍTULO

MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EPOC EN C.S. DE CELLA

Título
MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EPOC EN EL C.S. DE CELLA

Autores:
GIL VALERO MARIA PILAR, CERESUELA LOPEZ AMELIA, COSCULLUELA ABADIA ANGEL, HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA, GARCIA LOZANO CARMEN, GRACIA ORTIZ FERNANDO, GARCIA MONCLUS AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

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 EPOC es una enfermedad prevenible y tratable. Los síntomas son poco relevantes hasta que la enfermedad esta bien establecida y los fumadores normalizan sus síntomas con poca motivación para el abandono del tabaco. Con frecuencia es subdiagnosticada o diagnosticada de forma incorrecta y por lo tanto no tratada. En el Centro de salud de Cella la prevalencia de la EPOC registrada es del 0.377 y la estimada es del 16.7% de ahí la importancia de este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
-Aumentar el diagnostico de EPOC en el C.S. De cella
-Garantizar en adecuado seguimiento de la poblacion con factores de riesgo para desarrollar EPOC.
-Tabaco: fumadores activos/pasivos
-Factores endogenos: Hiperreactividad bronquial, infecciones infancia, asma cronica,
-Factores ambientales: contaminacion.etc.
-Garantizar un adecuado seguimiento a los pacientes diagnosticados de EPOC

MÉTODO
-Sesion clinica sobre EPOC a cargo de un miembro del equipo.
-Taller practico sobre realizacion de espirometrias y diagnostico de EPOC.
-Sesion clinica sobre el registro de las intervenciones realizadas en los pacientes EPC y fumadores.
_Revision de las historias clinicas de pacientes con episodios de Bronquitis cronicas, asma bronquial y enfisema.

INDICADORES
-Porcentaje de pacientes fumadores a quienes se les ha realizado la intervencion sobre tabaquismo.
-Porcentaje de pacientes >de 15años a quienes se les ha preguntado por consumo de tabaco.
-Porcentaje de pacientes fumadores entre 40 y 80años a los que se les realiza una espirometria.
_Prevalencia de EPOC en C.S. De Cella al final del proyecto.

DURACIÓN
El proyecto se comienza en marzo 2019 y la duracion prevista para la revision de resultados es de un año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1265

1. TÍTULO

EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES BASADO EN EVIDENCIA EN LA ZONA DE SALUD DE CELLA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE NAVARRO RUEDA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CELLA
· Localidad CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUMSKY SUMSKY SERGIO
HERNANDEZ DIAZ ROGELIO
MAICAS MAICAS FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mediante una reunión informal previa a la elaboración del proyecto de educación en diabetes se comunicó a los compañeros del centro, así como a los respectivos coordinadoras médico y de enfermería la intención de la puesta en marcha de una intervención comunitaria con la población diabética incluida en la cartera de servicios. Puesto que creíamos conveniente empoderar a dicha población proporcionando conocimientos y habilidades en cuanto a los cuidados esenciales de su enfermedad.

Para ello empezamos con la extracción de listados de pacientes de Cella incluidos en el programa de atención al paciente diabético lo cual nos facilitó la administrativo del centro a través de Cartera de Servicios del Sistema de Salud.

-Captación:

Se realizó por convocatoria individual por aviso vía telefónica a partir de los listados previos de diabéticos. Se instaba la posibilidad de asistir a pacientes, familiares o cuidadores principales, animando a participar sin que sintieran forzados. Por este motivo se hizo de esta manera individualizada para que no quedara población no avisada.

-Preparación de material:

Elaboramos una encuesta que constaba de 11 preguntas relacionadas con los temas a tratar, con 4 posibles respuestas, las cuales se pasaron antes y después de la charla. Confeccionamos material en forma de PowerPoint con imágenes claras e ilustrativas y texto que hacían más atractiva la sesión. Este material se elaboró durante el mes de mayo.

Al finalizar la charla entregamos a cada asistente un material básico en forma de tríptico explicativo que sustentaba por escrito la información oral recibida (alimentos más o menos recomendados para el control de la enfermedad).

Contactamos con el Ayuntamiento de Cella para que nos facilitaran el acceso a una sala para impartir dichas sesiones, a lo que accedieron sin ninguna objeción.

-Realización de las sesiones:

Cambiamos del criterio en cuanto al número de sesiones a realizar por grupo, por lo que se pasó a realizar una sola sesión por grupo, debido a la falta de disponibilidad de los pacientes convocados, ya que corríamos el riesgo de no poder finalizar el proyecto por falta de asistencia.

Se realizaron 4 sesiones de 45 min de duración con fechas:

28 de junio de 2019 a las 12:30
05 de julio de 2019 a las 10:00
10 de septiembre de 2019 a las 13:00
04 de noviembre de 2019 a las 09:30

Las charlas versaron sobre:

tipos de diabetes
importancia global
recomendaciones dietéticas
ejercicios
cumplimiento terapéutico
complicaciones de mayor importancia

Las sesiones fueron impartidas por un médico y un/a enfermero/a de modo que cada pareja de profesionales impartieron 2 sesiones: en junio/septiembre y en julio/noviembre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El conocimiento de los pacientes sobre el tema se evaluó mediante el test, que se pasó al inicio de la charla y al final de la misma. De este modo valoramos la efectividad de nuestra intervención mediante la resta de los resultados antes-después.

Se restaron los resultados del test al principio y al final, se calculó la media global de la diferencia y se desglosaron las cifras por sexo. Para todas las cifras calculamos intervalos de confianza al 95%.

Indicadores:

-el porcentaje de asistencia de los pacientes respecto a la población diana fue del 51/162=31,5%.
-la mejora promedio entre los dos test (antes-después) fue 1,19 preguntas IC 95% (0,67-1,7) p<0,05 globalmente.
-desglosado por sexo: 1,84 preguntas IC 95% (0,67-2,42) para las mujeres y 0,8 preguntas IC 95% (0,2-1,39) para varones. Ambos estadísticamente significativos y sin diferencias entre ellos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1265

1. TÍTULO

EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES BASADO EN EVIDENCIA EN LA ZONA DE SALUD DE CELLA

No obstante, debido a las características reseñadas de la población (edad media elevada y posiblemente bajo nivel de estudios) la mejora de antes-después nos parece meritorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que el programa tuvo un impacto y unos resultados bastante aceptables y los resultados apoyan que los asistentes mejoraron el conocimiento de su enfermedad. Aunque hemos detectado que hay también problemas de atención y cognitivos en este tipo de pacientes con una edad media elevada (son la mayoría de diabéticos tipo 2).

Mejoramos nuestra accesibilidad y cercanía para plantearnos cualquier duda en ese momento como en cualquiera que pueda surgir en el tiempo.

Se detectó una dificultad en la disponibilidad de los asistentes ya que no parece haber cultura de educación para salud en la población. Aun así tuvimos 4 grupos y una asistencia global de 31,5% de la población diana siendo población de diabéticos de 162 pacientes.

Concluimos que la actividad ha sido satisfactoria de modo global tanto para los pacientes que así nos lo hicieron saber como para nosotros mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1265 ===== ***

Nº de registro: 1265

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES BASADA EN LA EVIDENCIA EN LA ZONA DE SALUD DE CELLA

Autores:
NAVARRO RUEDA MARIA JOSE, SUMSKY SUMSKY SERGIO, HERNANDEZ DIAZ ROGELIO, MAICAS MAICAS FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORAR EL CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD DE MODO QUE INCIDA POSITIVAMENTE EN EL AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

DESDE EL INICIO DE NUESTRA ACTIVIDAD PROFESIONAL EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE CELLA VENIMOS DETECTANDO UN DÉFICIT DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS ESENCIALES EN NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS; SIENDO ESTA ALGO FUNDAMENTAL PARA EL AUTOCUIDADO Y MANEJO DIARIO. POR ELLO CREEMOS NECESARIO QUE SERÍA CONVENIENTE DESARROLLAR UN PROGRAMA QUE MEJORE EL CONOCIMIENTO Y HABILIDADES EN CUANTO A LOS PILARES BÁSICOS DEL MANEJO DE LA ENFERMEDAD (DIETA, EJERCICIO Y MEDICACIÓN).

RESULTADOS ESPERADOS

- POTENCIAR LA CULTURA DE MEJORA DE CALIDAD DE NUESTRO EQUIPO.
- MEJORAR LA CALIDAD DE LA VIDA DE LA POBLACIÓN DIANA, POTENCIANDO HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, ESPECIALMENTE REFERENTES A ALIMENTACIÓN, EJERCICIO Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO.
- MEJORAR LOS RESULTADOS EN SALUD DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN NUESTRA ZONA DE SALUD.
- PROPORCIONAR LOS RECURSOS NECESARIOS PARA QUE EL PACIENTE SEA UN INDIVIDUO CAPAZ, ACTIVO Y AUTÓNOMO RESPECTO AL CUIDADO DE SU DIABETES.

MÉTODO

- CAPTACIÓN: EN UNA PRIMERA ETAPA REALIZAREMOS LA CAPTACIÓN DE LOS USUARIOS DIABÉTICOS MEDIANTE LA GENERACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1265

1. TÍTULO

EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES BASADO EN EVIDENCIA EN LA ZONA DE SALUD DE CELLA

DE LISTADOS ATRAVÉS DEL PROGRAMA OMI-AP.

- CONTACTO: POSTERIORMENTE SE CONTACTARÁ CON LOS PACIENTES VÍA TELEFÓNICA Y SE CREARÁN GRUPOS DE APROXIMADAMENTE 10 PERSONAS CON AQUELLOS QUE ACCEDAN A PARTICIPAR DE MODO ACTIVO EN EL PROGRAMA.
- SESIONES PROGRAMADAS: SE LLEVARÁN A CABO DOS SESIONES DE 45 MIN EN CADA GRUPO DURANTE DOS SEMANAS CONSECUTIVAS: LA PRIMERA SOBRE ASPECTOS BÁSICOS DE LA DIABETES Y LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN; LA SEGUNDA VERSARÁ SOBRE EJERCICIO FÍSICO Y LA NECESIDAD DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO.

INDICADORES

- PORCENTAJE DE ASISTENCIA ENTRE LOS PACIENTES CONVOCADOS AL INICIO Y LOS QUE FINALIZAN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN.
- VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS INDIVIDUALES Y SENCILLAS QUE LOS PACIENTES TENDRÁN QUE CONTESTAR AL INICIO DE LA PRIMERA SESIÓN Y AL FINAL DE LA SEGUNDA, DE ESTE MODO VALORAREMOS LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS Y LA EFECTIVIDAD DE NUESTRO PROGRAMA, ASI COMO DETECTAREMOS POSIBLES TEMAS DE INTERÉS FUTUROS Y SU GRADO DE SATISFACCIÓN.

DURACIÓN

- ACCESO A LOS LISTADOS DE DIABETICOS DE NUESTRA ZONA EN LA SEGUNDA QUINCENA DE ABRIL.
- ELABORACIÓN DE CUESTIONARIOS PREVIOS Y POSTFORMACIÓN, ASI COMO PREPARACIÓN DEL MATERIAL AUDIOVISUAL NECESARIO EN LA PRIMERA QUINCENA DE MAYO.
- CONVOCATORIA POR GRUPOS HOMOGÉNEOS Y CONFIRMACIÓN DE AISTENCIA EN LA SEGUNDA QUINCENA DE MAYO.
- INICIO DE LAS SESIONES EDUCATIVAS JUNTO CON LAS ENCUETAS DE VALORACIÓN INICIAL EN MES DE JUNIO.
- FINAL DEL PROYECTO Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS CON LA ENCUESTA FINAL EN MES DE NOVIEMBRE.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1288

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE CONCEPCION GOMEZ CADENAS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS MONREAL DEL CAMPO
- Localidad MONREAL DEL CAMPO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAINEZ LORENTE MARIA TERESA
PEÑA CLEMENTE FELIX

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- A principios de año se revisó la situación de los Protocolos sobre Prevención de Violencia en el puesto de trabajo.
- Se comunicó a la Dirección de Atención Primaria la puesta en marcha de algunas de las actividades planteadas. (Contactos realizados con el Servicio de Riesgos Laborales y con Guardia Civil de Monreal del Campo)
- En reunión con el resto de profesionales del Centro de Salud se comunicaron las actividades que se pretendían realizar, se informó sobre la existencia de un plan de prevención contra la violencia en el lugar de trabajo, y sobre cómo se debía proceder para comunicar a riesgos laborales cualquier incidente de este tipo.
- Se diseñó estrategia de actuación conjunta con la Guardia Civil (GC) que incluía como primera medida una sesión formativa a todos los profesionales del Centro de salud que se realizó el martes 11 de abril del 2017 (a la que acudió la Directora de AP)
- Tras la charla con la Guardia Civil se reúnen el responsable del proyecto y un miembro del equipo de mejora para extraer conclusiones y recomendaciones.

Se solicitan mejoras en las medidas de seguridad pasiva:

- a. Copia de llave de la puerta principal.
- b. Habilitar consulta anti pánico con cerrojos.
- c. Teléfono con llamada prefijada a Guardia Civil
- d. Reorientar la cámara de video portero para que enfoque bien la entrada de urgencias.
- e. Mejorar la iluminación en la zona de acceso a urgencias.
- f. Se piden sprays de defensa personal a la Dirección de AP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las mejoras en la seguridad pasiva que se han logrado han sido: mejorar la iluminación en la zona de acceso a urgencias y desde Enero 2018 se ha habilitado consulta anti pánico con cerrojos. Nos consta que desde la Dirección de AP se han solicitado en varias ocasiones los sprays de defensa personal. Estamos pendientes de recibirlos.

Estas medidas deberían conseguir mejorar la percepción de seguridad en los profesionales, pero al haber sido unas actuaciones mínimas, no consideramos que el impacto se pueda medir por el momento. Cuando se lleven a cabo la mayoría de las medidas, se realizará una encuesta para valorar el primer indicador de nuestro proyecto. Se valorará pasando encuesta a varios profesionales que hayan referido haber vivido situaciones de inseguridad que hubieran repercutido negativamente en la atención al resto de pacientes. Un profesional del EAP sufrió en diciembre 2017 un episodio de amenaza por un paciente. Por todas estas circunstancias no hemos podido analizar y valorar todos los indicadores previstos en el proyecto inicial. Esperamos poder contar con todas las medidas anteriores para volver a pasar la encuesta sobre percepción de miedo/riesgo y sobre la eficacia de las medidas de seguridad una vez realizadas todas las actividades propuestas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora considera que las actuaciones realizadas para mejorar la seguridad pasiva en el centro son insuficientes, por lo que aún quedan gran parte de actividades pendientes de realizar.

A estas se añaden:

- Revisar la distribución del mobiliario para que no existan espacios donde se puedan quedar los profesionales bloqueados o atrapados. Esto consideramos que debería hacerlo una persona experta.
- Se ha hablado con técnicos de RRL y se está buscando fecha para venir al centro de salud a dar una charla y consejos sobre actuación.

Conclusiones de la charla impartida por la guardia civil y de la reunión posterior:

- COMPORTAMIENTO recomendado por GC: tranquilidad, seguridad y autoridad.
- Ganar tiempo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1288

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO

- Crear una habitación anti pánico donde podamos refugiarnos hasta que acuda la guardia civil.
- Es importante la altura física de los sanitarios respecto a los pacientes. Interesaría alguna charla por psicólogos expertos en este tipo de personas.
- Crear hábitos de conducta que promuevan la seguridad de los profesionales en urgencias:
- Cuando haya una llamada a domicilio en horario nocturno, evitar quedarse un profesional solo en el Centro de Salud.
- Llevar una llave de la puerta principal siempre en el bolsillo o depositada en el primer cajón de la mesa de urgencias.
- Actuar los dos profesionales de manera coordinada y al mismo nivel ante pacientes potencialmente agresivos.
- Limitar las actuaciones individuales (menos necesarias) cuando el paciente está agitado y/o agresivo.
- Atender al paciente agresivo antes que al resto de los pacientes para evitar aumentar su nerviosismo, a la vez que impediremos quedarnos a solas con él.
- En caso de producirse agresión o que veamos que es inminente poder defendernos con sprays o cualquier otro objeto que tengamos.
- Ante una agresión física o verbal siempre DENUNCIAR, el personal sanitario tiene Carácter Jurídico de Autoridad según la Ley de Seguridad 4/2005

Todas estas actuaciones deberían incluirse en la actividades a realizar de manera ordinaria en el sistema de calidad implantado en nuestro equipo, para de estar forma normalizar su cumplimiento. Una vez que todas las acciones de mejora se hayan podido realizar, y hayamos podido comprobar y analizar el resultado, consideramos que sería interesante trasladar estas acciones al resto de los centro de salud de nuestro sector.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1288 ===== ***

Nº de registro: 1288

Título
MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO

Autores:
GOMEZ CADENAS CONCHA, LAINEZ LORENTE MARIA TERESA, PEÑA CLEMENTE FELIX, ZAFRA CORELLA FRANCISCA, ASCOZ HERRANDO CARLOS, ESCUSA ANADON CORINA, MARTIN NAVARRO MARIA JOSE, IZQUIERDO ALLUEVA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONREAL DEL CAMPO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INSEGURIDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En febrero de 2014, la persona responsable de este proyecto sufrió un episodio de violencia verbal en su trabajo. La actuación fue:
1º) Comunicación con el coordinador del CS y en reunión de equipo con el resto de los compañeros. En dicha reunión se solicitó que se arreglaran los videoporteros. 2º) Registro de del incidente en Historia Clínica, Dirección y Riesgos Laborales. 3º) Al verse implicados otros servicios: Guardia Civil (GC) y Juzgado, se solicitó asesoramiento y ayuda jurídica si fuera necesaria.
La respuesta recibida desde dirección fue: 1º) Se facilitó el Plan prevención de violencia en el puesto de trabajo de 2006. 2º) Se ofertó ayuda jurídica pero no fue necesaria.
En octubre de 2014 otra compañera comunicó una situación de percepción de riesgo en el domicilio de un paciente y realizó todos los trámites administrativos requeridos.
A lo largo del 2014 y 2015 en la zona de salud ha habido muchos robos y en uno de ellos el desenlace fue un asesinato.
Marzo 2015. Nueva situación de riesgo y percepción de amenaza (verbal) con el agravante de que para avisar discretamente a la GC, una persona se queda sola con el agresor. Al tener que abandonar la otra la sala para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1288

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO

llamar por teléfono. El agresor y la persona que se queda con él, son los mismos que vivieron el acontecimiento de febrero de 2014. El agresor reconoce a esta persona y le recrimina que se avisara a la Guardia Civil. Esta situación genera temor en el profesional y por ello únicamente comunica lo sucedido a dirección, sin tramitar el parte a RRLl por temor a que se le envíe una carta al agresor y ello empeore las cosas.

En abril de 2015 se recibe por correo electrónico el nuevo protocolo donde existe la posibilidad de poder elegir que no se mande carta al agresor.

DETECTAMOS COMO PROBLEMAS:

- Muchos trámites a la persona que ha recibido la agresión. Creemos que al agredido se exige le demasiada burocracia cuando lo que quiere es "olvidar la situación" y además temen las consecuencias.
- Desconocimiento de la existencia de Planes y protocolos
- No hay feed-back
- Percepción de inseguridad.
- Trabajar con miedo repercute en los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la satisfacción de los profesionales ante la gestión y los resultados de las actividades realizadas para mejorar su seguridad.
- Mejorar la atención a los pacientes secundariamente a mejorar la situación de los profesionales.

MÉTODO

Las actividades realizadas hasta ahora son: 1º) Encuesta a todos los profesionales del CS preguntando si habían vivido situaciones de miedo, amenazas o agresiones. 2º) Reunión con el CS para presentar resultados de esta encuesta. 3º) Resumen que se presentó en las Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud celebradas en Zaragoza el 15 de junio de 2016. 4º) De manera informal se comentó con coordinador y Dirección la pertinencia de mejorar las medidas de seguridad pasivas en el centro. 5º) Se mantuvo conversación informal con la GC de Monreal del Campo, explicando que estábamos realizando este proyecto. La GC se ofreció a darnos formación sobre cómo actuar ante personas y situaciones violentas. 6º) Se habló telefónicamente con RRLl y con Dirección de AP para solicitar su implicación.

Los resultados obtenidos en 2015/2016 fueron:

- Número de personas que respondieron a la encuesta han sido 22 (17 mujeres y 5 hombres). Con los resultados se elaboraron dos tablas. En la 1ª tabla valoramos percepción de riesgo/miedo con respecto a la peor situación vivida: 6 personas que tenían una percepción media/alta de miedo en consulta, 8 en domicilio y 12 en atención continuada. Donde mayor es la percepción de riesgo es en atención continuada (más del 50% de los profesionales ante situación de violencia han tenido percepción media-alta de miedo). En la 2ª tabla: se valoran los sistemas de seguridad: solo dos personas se sienten totalmente seguras y nunca han tenido percepción de inseguridad. La mayoría cree que no hay suficientes sistemas de seguridad (aproximadamente un 77%). Donde menos seguridad se percibe es en el domicilio del paciente.

Como actividades pendientes quedan: recibir formación específica, mejorar las medidas pasivas de seguridad, diseñar un protocolo de actuación, realizar un role playing.

INDICADORES

En 2015/2016 se analizó y valoró por medio de una encuesta:

- Percepción de riesgo/miedo.
- Percepción de validez de los sistemas de seguridad.

En 2017 se analizarán y evaluarán los mismos indicadores una vez realizadas las actividades propuestas

DURACIÓN

- Febrero 2017 Solicitud formalizada a Guardia Civil para recibir curso de formación.
- Marzo 2017 Curso de formación impartido por GC.
- De abril a julio: elaboración de protocolo siguiendo indicaciones de formación recibida y solicitud de medidas de seguridad pasiva específicas.
- De agosto a septiembre: diseñar taller role playing.
- De octubre a noviembre: realizar role playin, mejorar la seguridad pasiva y la comunicación con RRLl.
- Diciembre 2017 Volver a pasar las encuestas de percepción de seguridad y evaluar

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1323

1. TÍTULO

NUTRICION EN LA TERCERA EDAD

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE FELIX PEÑA CLEMENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONREAL DEL CAMPO
· Localidad MONREAL DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunida en salones de ayuntamiento la poblacion de Bañon y de Cosa en diferentes fechas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Motivacion en la alimentacion de ancianos y en diferentes patologias

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Frecuentes preguntas, respecto a la alimentacion en diferentes patologias y buena implementacion de las mismas, con mejoría respecto a cifras anteriores (Glucemia,HTA...)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1323 ===== ***

Nº de registro: 1323

Título
NUTRICION EN LA TERCERA EDAD

Autores:
PEÑA CLEMENTE FELIX

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONREAL DEL CAMPO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
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
- Análisis de la Situación:
Población muy envejecida en la zona básica de salud
Problemas de mala dentición
Patologías diversas y frecuentes
Soledad y carencias de relaciones y contactos

RESULTADOS ESPERADOS
- Objetivos del Proyecto:
Involucrar a las personas ancianas en la importancia de su alimentación.
Mejorar la nutrición en estas edades
Adecuación de la alimentación a sus diversas patologías
Asumir la realización de ejercicio físico

MÉTODO
- Actividades prescritas:
Charlas y reuniones participativas mensuales en cada población

INDICADORES
Mejora en el estado de salud de la población tras controles de TA, Glucemia y Colesterol.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1323

1. TÍTULO

NUTRICION EN LA TERCERA EDAD

DURACIÓN

- Calendario:

Una vez al mes en cada población comenzando el 1 de septiembre de 2018.
Si es preciso, se repetiría en el mismo mes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1540

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL TEST DEL HELICOBACTER PYLORI EN EL CENTRO DE SALUD DE MONREAL DEL CAMPO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE CARLOS ASCOZ HERRANDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONREAL DEL CAMPO
· Localidad MONREAL DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el Centro de Salud de Monreal se comenzó a realizar el Test de aliento del Helicobacter Pylori en el último trimestre del 2018.
Dado el elevado porcentaje de población envejecida con dificultad para desplazarse al Hospital Obispo Polanco y el desconocimiento de muchos de los profesionales de esta técnica, nos ha parecido interesante realizar este proyecto.
En el mes de septiembre se realizó una sesión clínica dirigida a todos los profesionales sanitarios del centro (médicos y enfermeros) para dar a conocer la importancia de la realización de la prueba y cómo realizarla. Se establecieron unas recomendaciones actualizadas sobre el manejo de la infección por H. pylori para la práctica clínica habitual sencillas, concretas y fáciles de aplicar.
Cada MAP comunicó a sus pacientes la posibilidad de realización del Test en el Centro de Salud sin necesidad de desplazarse al hospital de referencia.
Este test se ha realizado en cinco pacientes, cuatro de ellos en el Centro de Salud y uno en especializada. La patología por la que se solicitaron fue en todos los casos por dispepsia no investigada en pacientes < 55 años sin signos de alarma. En todos los casos estaba indicada la investigación de Helicobacter pylori, por eso no se derivó para realización de endoscopia.
Se solicitaron 4 kits del test de aliento a Farmacia de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Del único test que realizó el Servicio de Digestivo desconocemos cual fue su resultado.
De los cuatro test que se han realizado en el centro de salud, el resultado ha sido: dos test negativos y dos test positivos.
En los positivos se ha utilizado el tratamiento de primera línea, la cuádruple terapia concomitante, durante 14 días con Omeprazol 40 mg / 12 horas, Claritromicina 500 mg / 12 horas, Amoxicilina 1 gr / 12 horas y Metronidazol 500 mg / 12 horas.
En estos dos casos se comprobó la erradicación con el test de aliento a las 6 semanas de finalizar el tratamiento.
Se ha producido fracaso terapéutico en uno de los casos, todavía está por decidir si se le pone tratamiento de segunda línea o se deriva a consulta de Digestivo.
El porcentaje de realización del test en el centro de salud ha sido del 80 %, se ha cumplido el standard que se había marcado (70-80%)
A pesar de este resultado, creemos que el impacto del proyecto no ha sido el esperado, debido a la escasez de pruebas de test realizadas. Por este motivo, nos hemos planteado volver a realizar una nueva sesión clínica para recordar a los profesionales la utilidad de esta prueba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que este proyecto, a pesar de la escasez de pruebas de test realizadas, ha contribuido a que los profesionales hayan adquirido un mejor conocimiento sobre la realización del test del H. Pylori, sobre el tratamiento erradicador y sobre el circuito de esta prueba en el Sector.
También a que los pacientes conozcan la posibilidad de realización del test en su centro de salud, evitando así desplazamientos innecesarios al hospital de referencia. Este era uno de nuestros principales objetivos.
Seguiremos recordando a todos los profesionales la necesidad de ampliar la realización del test a todos los pacientes que lo precisen dando la información que necesiten.
Este proyecto lo damos por finalizado, pero seguiremos trabajando en el, ofertando este servicio a toda la población de la ZBS de Monreal del Campo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1540 ===== ***

Nº de registro: 1540

Título
IMPLEMENTACION DEL TEST DEL HELICOBACTER PYLORI EN EL CENTRO DE SALUD DE MONREAL DEL CAMPO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1540

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL TEST DEL HELICOBACTER PYLORI EN EL CENTRO DE SALUD DE MONREAL DEL CAMPO

ASCOZ HERRANDO CARLOS, LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONREAL DEL CAMPO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestra Zona de Salud no se realiza el test del Helicobacter Pylori, a pesar de disponer de dichos test en el Centro de Salud.
Una de las causas podría ser el desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios del EAP de la forma de realización de dicho test en Atención Primaria.
Hay un porcentaje importante de población envejecida en nuestra zona con dificultad para desplazarse al Hospital Obispo Polanco, que es nuestro hospital de referencia, para realización de este test.
Creemos que con nuestro proyecto podría solucionarse el desconocimiento de los profesionales y los pacientes evitarían desplazamientos innecesarios al Hospital para realizar dicho test.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realización del test de Helicobacter Pylori en Centro de Salud de Monreal
- Formación con realización de una sesión clínica a los profesionales sanitarios del EAP sobre como realizar el test en AP y como actuar ante un resultado positivo
- Motivar a los profesionales para que comprendan la importancia de la realización de dicha prueba y hacerles ver que el desplazamiento de estos pacientes al Hospital es algo innecesario
- La población (en su mayoría envejecida) de nuestra Zona de Salud con indicación de test de Helicobacter Pylori no tenga que desplazarse al Hospital para la realización de dicho test

MÉTODO

- Programar quincenalmente el primer y el tercer jueves de cada mes la realización del test en el Centro de Salud de Monreal del Campo coincidiendo con el día de extracciones, para que estas muestras puedan ser llevadas al HOP ese mismo día.
- Comunicar a los profesionales del EAP las actuaciones que deben llevar a cabo para derivar a los pacientes que vayan a realizarse el test al médico responsable de la realización de dicho test.
Y posteriormente cuando llegue el resultado saber como deben actuar.

INDICADORES

- Conseguir que al menos el 70% de todos los pacientes en los que está indicado la realización del test de Helicobacter Pylori se realice en el Centro de Salud (70-80%)
- Número de pacientes que se han realizado el test en el Centro de Salud / número de pacientes totales con indicación para la realización del test
- El 100 % de los pacientes cuyo test sea positivo tras recibir tratamiento correcto, deberán ser valorados para la posibilidad de un nuevo enfoque terapéutico (100%)

DURACIÓN

En Septiembre 2018 realización de sesión clínica para formación de los profesionales del EAP en la realización de dicho test.
Realización de test quincenales a partir de Septiembre 2018 hasta Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0463

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD MONREAL DEL CAMPO

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE DOMINGO FERRERAS GASCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONREAL DEL CAMPO
· Localidad MONREAL DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCO AGUADO MARIA ANGELES
ASCOZ HERRANDO CARLOS
ESCRICHE AGUILAR MARIA ANGELES
GOMEZ CADENAS CONCEPCION
RUIZ DOMINGO ROSA
SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA
NAVARRO ROMAN MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos creado el blog mediante la plataforma Blogger de Google para crear un vínculo digital entre el Centro de Salud y nuestros pacientes.

Se ha promocionado la creación del blog mediante carteles que se colgaban por el centro de salud y los consultorios. También se ha dicho de boca a boca a los pacientes. Se ha avisado al ayuntamiento para que cooperen con divulgación.

Hemos aprovechado el empuje de las redes sociales y hemos creado un perfil de facebook en donde hemos conectado con más de 700 seguidores y hemos promocionado el Blog por esa vía.

Se ha creado el correo electrónico csmonrealdelcampo@gmail.com que hemos vinculado al Blog y la cuenta de facebook. Lo hemos utilizado entre todos para colgar los artículos del Blog y para posibles quejas o sugerencias.

Se han realizado reuniones de equipo para informar sobre la existencia del Blog, organizaros para publicar temas de interés para la comunidad y dar promoción entre todos al Blog.

Hemos realizado una encuesta aleatoria preguntando a los usuarios del centro su valoración del Blog como parte de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han cumplido tres de los cuatro objetivos planteados en la memoria inicial (impartir educación sanitaria en la comunidad, disminuir la distancia existente de nuestros pacientes al acceso a la información de salud y crear un enlace virtual entre el Centro de Salud y los pacientes).

El cuarto objetivo (resolver dudas sobre temas de salud) no ha sido posible porque a pesar de estimular a los pacientes a que opinen y expongan dudas solo tres personas nos escribieron por facebook y en el blog para felicitarnos, pero ninguno consultando una duda.

Hasta la fecha se han realizado 15 entradas sobre temas de salud que puedan interesar a nuestros pacientes en el Blog.

La entrada más vista es "Autocontrol de la tensión arterial" con 229 visitas, seguida muy de cerca de "Omeprazol, la protección gástrica mal entendida" con 227 y la tercera es "picadura de insectos" con 171.

En términos globales hasta el día 24 de Enero de 2020 hemos tenido 1.937 visitas al Blog. De las cuales la mayoría provienen de España, pero algunas son de Estados Unidos, Ecuador, República Dominicana, India, México o Irlanda.

Hemos realizado encuestas aleatorias a nuestros pacientes para y se ha obtenido que la media de edad rondaba los 73 años, de los cuales el 51% fueron mujeres.

De todos los que llenaron la encuesta el 41,9% utilizaba Internet, pero solamente un 19,3% ha visitado alguna vez el Blog y ha valorado su utilidad en un 4,1 sobre un total de 5.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El hecho de reunirnos para hablar sobre el Blog ha hecho que algunos de los profesionales del Centro de Salud se estimulen a proponer temas de interés para nuestros pacientes. Nuestra valoración final tiene un sabor agridulce, ya que pocos pacientes han visitado el Blog, pero los que lo han hecho nos han valorado positivamente. Hemos constatado que realmente existe una dificultad añadida para la población rural al acceso a la información de Salud por el hecho de vivir en un entorno rural y ser una población predominantemente envejeciente. A pesar de haber promocionado activamente el Blog las visitas han sido muy inferiores a lo esperado.

Hemos tenido dificultades de comunicación porque a mitad de proyecto y tras llamamiento de interinidades,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0463

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD MONREAL DEL CAMPO

traslados y OPE se ha desintegrado prácticamente la mitad de la plantilla del Centro de Salud, dificultado así las reuniones y el seguimiento al Blog.

Creemos que falta mucho por hacer para digitalizar el entorno rural por parte de empresas y políticos, factor clave en el desarrollo de este tipo de proyectos. La falta de relevo poblacional, dispersión y los múltiples factores que afectan a la población rural de nuestro país dificultan la tarea de profesionales como nosotros para implantar proyectos como este.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/463 ===== ***

Nº de registro: 0463

Título
BLOG DEL CENTRO DE SALUD MONREAL DEL CAMPO

Autores:
FERRERAS GASCO DOMINGO ANTONIO, ESCRICHE AGUILAR MARIA ANGELES, GOMEZ CADENAS CONCEPCION, COSCULLUELA AISA MARIA, RUIZ DOMINGO ROSA, NAVARRO ROMAN CARMEN, MARCO AGUADO MARIA ANGELES, SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONREAL DEL CAMPO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las actividades preventivas y patologías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes del entorno rural presentan múltiples desafíos y desventajas respecto a los pacientes del entorno urbano. Uno de ellos es la falta de acceso a la información, así como formación sanitaria continua en busca de mejorar la prevención y los autocuidados necesarios en el manejo de sus patologías. Por ende esto influye directamente en una baja educación sanitaria y disminución de la salud.

Una herramienta fundamental de nuestra era y que ha cambiado el mundo es el acceso al Internet desde cualquier región, el cual nos abre a un mundo infinito de información y posibilidades. Por ello en el sector de la Salud debemos aprovechar ese empuje y colarnos para ofrecer a nuestros pacientes las herramientas e información que necesitan de forma rápida, fácil, gratuita y disponible para todos sin importar la dispersión geográfica.

Por todo esto nos hemos planteado implementar una herramienta digital que no teníamos en nuestra comarca: un Blog de salud. Es un instrumento muy efectivo para hacer llegar a las personas la información que creemos que deben conocer, sabiendo los buenos resultados obtenidos en otros Centros de Salud.

Daremos máxima difusión al Blog para que se convierta en una herramienta de contacto directo entre nuestros pacientes y el Centro de Salud. De modo que podamos compartir temas de Salud y actividades relacionadas con la Salud para todos los pacientes de nuestra comarca.

RESULTADOS ESPERADOS
Impartir educación sanitaria en la comunidad
Disminuir la distancia existente de nuestros pacientes al acceso a la información de salud
Resolver dudas sobre temas de salud
Crear un enlace virtual entre el Centro de Salud y los pacientes

MÉTODO
Actividades: se publican en el Blog cualquier actividad de promoción a la salud que se haga en la Comarca que sean realizadas por el equipo de atención primaria o por otras instituciones relacionadas con la salud.
Oferta de servicios: cada 15 días colgaremos un tema sobre prevención, autocuidado o enfermedades prevalentes en nuestra población con lenguaje fácil y dirigido a nuestra comunidad.
Añadiremos un código QR para ampliar las vías de acceso al Blog.

INDICADORES
Contaremos el número de visitas al Blog para valorar el impacto y acogida en la población.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0463

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD MONREAL DEL CAMPO

Haremos encuestas aleatorias a los pacientes del Centro de salud para evaluar el grado de conocimiento y satisfacción con el Blog.

DURACIÓN

Crearemos el Blog para que esté operativo en Marzo 2019.

Promocionaremos mediante carteles y redes sociales (facebook) la existencia del Blog.

Insistiremos en que todos los componentes del EAP promocionen verbalmente la existencia del Blog.

Solicitaremos ayuda a los ayuntamientos para mejorar la difusión en toda la comarca.

Se prevé un tiempo de prueba de un año, en el que valoraremos el impacto de visitas, resultado de encuestas y retroalimentación recibida por los pacientes.

OBSERVACIONES

Dijo una vez Bill Gates: "quien no está en internet no existe". Por eso creemos que el Centro de Salud de Monreal del Campo tiene que estar presente en la Web y explotar ese canal de información para beneficio de todos nuestros pacientes. La era de papel es casi cosa del pasado, por lo que tenemos que hacer un esfuerzo para que los conocimientos lleguen de forma más fácil y cómoda a nuestros pacientes.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0481

1. TÍTULO

MONREAL CAMINA HACIA LA SALUD

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES ESCRICHE AGUILAR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MONREAL DEL CAMPO
· Localidad MONREAL DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCO AGUADO MARIA ANGELES
FERRERAS GASCO DOMINGO
ZAFRA CORELLA FRANCISCA
NAVARRO ROMAN MARIA CARMEN
GOMEZ CADENAS CONCEPCION
GOMEZ PEREZ MARIA JOSE
DOMINGO MAICAS OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El comienzo de la actividad no fue posible el mes de abril como estaba previsto . Comenzó en mayo fué desarrollada dos días por semana durante los dos periodos. La información se facilitó a la población interesada mediante nuestra Web del blog del c.s. y también a través de carteles distribuidos por lugares estrategicos de la población. Así mismo se realizó captación en consulta de personas con patología crónica.

el 21% de los participantes fueron captados en consulta medica/enfermeria, 17% conocieron la actividad a traves de los carteles y el 62% restante, a traves de otras personas. Solo una persona lo conoció en la web.

Merced a la colaboración del Ayuntamiento de Monreal, contamos con apoyo de un monitor en la segunda etapa, en la que parte de los componentes del proyecto tuvieron que trasladarse.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para la evaluación de los objetivos marcados, mediante los indicadores programados en el proyecto, diseñamos dos tipos de encuestas, una inicial para conocer edad/ sexo - modo de captación- patología cronica- hábito previo de caminar, y otra encuesta final para evaluar el grado de asiduidad - percepción de beneficios - grado de satisfacción.

El nº total de personas que realizaron la encuesta inicial fue 47 personas, que corresponden al 10,04% de la población de > de 65 años de Monreal. De ellos, 91% son mujeres (43) y 0,85% hombres (4). Respecto a la edad, un 68% está entre los 65 y 70 años, 0,4% entre los 75 y 80 años. 0,4% es mayor de 80 años y 23,4% personas menores de 65 años, que estuvieron interesadas en la actividad, a pesar de no estar previsto inicialmente.

EL 74% de los encuestados comunicaron padecer algun tipo de nefermedad crónica.

Mediante los registros de cada paseo, calculamos que la media de paseantes de la 1ª etapa fué 13 y la media de la segunda etapa 20.

La encuesta final, que realizaron 29 personas, refleja que 69% participaron en mas de 8 paseos, 19% de 6 a 8 paseos y el 12% de 1 a 5 paseos.

En cuanto a la percepción de beneficios, 34% de los encuestados refieren mejora respecto a la salud, 62% mejora de relaciones sociales y 51% mejora de estado de ánimo.

El 100% de los participantes de la encuesta final refiere un grado de satisfacción de 8-10 en escala de 1 a 10 y el 89% de ellos refieren estar estimulados para continuar incluyendo los paseos en su rutina diaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad ha sido gratificante para los profesionales que hemos participado. Creemos que, para comenzar, han sido buenos resultados.

No hemos querido discriminar a las personas menores de 65 que han querido aprovecharse de la actividad por una u otra razón, pero nos proponemos preferiblemente la captación de más personas mayores y con patologías.

Programaremos la continuidad del proyecto para el próximo año, mientras tanto, los paseantes pueden continuar realizando la actividad con el monitor .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/481 ===== ***

Nº de registro: 0481

Título
MONREAL CAMINA HACIA LA SALUD

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0481

1. TÍTULO

MONREAL CAMINA HACIA LA SALUD

ESCRICHE AGUILAR MARIA ANGELES, MARCO AGUADO MARIA ANGELES, FERRERAS GASCO DOMINGO ANTONIO, NAVARRO ROMAN CARMEN, GOMEZ PEREZ MARIA JOSE, ZAFRA CORELLA FRANCISCA, FORMENTO TORRES MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONREAL DEL CAMPO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El sedentarismo es factor de riesgo común en varias enfermedades como saludables, conduce al aumento de patologías crónicas como obesidad y arteriosclerosis.
Puesto que la inactividad física es mucho más prevalente en personas mayores, hemos pensado organizar paseos saludables dirigidos a ellos, tutelados por personal sanitario de nuestro equipo, con el propósito de lograr que, al tiempo que aprendan a disfrutar de esta actividad, puedan beneficiarse de consejos de vida saludable.
Al margen de los beneficios físicos, la actividad regular contribuye a la mejora del estado de ánimo y la autoestima. A esto hay que añadir el fomento de las relaciones sociales que genera caminar en grupo. hipertensión arterial o diabetes. Unido éste a la carencia de otros hábitos
El disfrute de los parajes naturales de su entorno al aire libre supone también un acicate para estimular este buen hábito.

RESULTADOS ESPERADOS

- Experimentar los beneficios del ejercicio físico
- Motivar una actividad al aire libre agradable y saludable
- Promover hábitos saludables mediante la educación impartida durante los paseos
- Disminuir el aislamiento social
- Favorecer las relaciones interpersonales
- Aumentar el grado de satisfacción y bienestar de las personas participantes

MÉTODO

La captación de las personas se hará mediante la página web de nuestro centro de salud, por un lado, y por otro, a través de la captación en consulta y mediante carteles informativos, que serán distribuidos por la zona. Contamos para ello con la colaboración del ayuntamiento de Monreal, que pondrá también a nuestra disposición un monitor/a que será útil para apoyarnos y para garantizar la continuidad del proyecto.
La actividad consistirá en paseos de marcha moderada, de acuerdo con la condición física del grupo, de alrededor de una hora de duración con algún periodo de descanso.
Se planificarán diferentes rutas adecuadas al grupo. Los paseos tendrán lugar martes y jueves por la tarde durante dos periodos : Abril-mayo-junio y septiembre- octubre-noviembre.
Un profesional sanitario del equipo tutelará las caminatas y aprovechará para introducir educación en hábitos saludables o solucionar dudas o demandas de información que se planteen.
Según el número de participantes y características de capacidad física, puede valorarse hacer varios grupos.

INDICADORES

Realización de encuestas anónimas, al comienzo del proyecto y al finalizar cada paseo, que recojan los datos de interés y valoren la satisfacción de los participantes y nos sean útiles para la posterior realización de análisis de datos y sugerencias.

INDICADORES:

- Número de participantes en cada paseo/población total a la que va dirigida la actividad.
- Edad-sexo
- Número de participantes con alguna patología crónica, como HTA-Diabetes-Obesidad/ número total de participantes en la actividad.
- Número de participantes al inicio de la actividad/ número de participantes en las últimas caminatas- Grado de asiduidad.
- Grado de percepción de mejora física y psíquica y en que aspectos
- Grado de satisfacción personal
- Grado de estimulación para continuar incluyendo los paseos en su día a día

DURACIÓN

Está previsto que la actividad sea dos días por semana, con una hora de duración y en dos etapas trimestrales:
Abril-mayo-junio y septiembre-octubre-noviembre

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0481

1. TÍTULO

MONREAL CAMINA HACIA LA SALUD

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1238

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON ASMA-EPOC

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE FERNANDO CLEMENTE IBAÑEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MORA DE RUBIELOS
· Localidad MORA DE RUBIELOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA
VIVO LAZARO JOSE LORENZO
GÜELL AYUDA JUAN
MORA PALOMARES DOMINGO
COBOS COBOS MARCELO
ARGILES HERNANDEZ LUISA
AZNAR MORRO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HAN REALIZADO TALLERES DURANTE LOS TRIMESTRES 2º 3º Y 4º DEL AÑO 2017 POR LOS PROFESIONALES MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA DIRIGIDOS A LOS PACIENTES DE ASMA EPOC DE SUS RESPECTIVAS LOCALIDADES ASIGNADAS
SE HA CUMPLIDO CON EL CALENDARIO MARCADO
SE HAN UTILIZADO LOS INHALADORES DE LOS PROPIOS PACIENTES
LA ESTRATEGIA SEGUIDA HA SIDO ACORDADA EN REUNIÓN DE EQUIPO POR TODOS LOS PROFESIONALES
A LOS PACIENTES SE LES HA CITADO PERSONALMENTE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores propuestos a evaluar y resultado
% Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta. Resultado 82% (45/55)
% pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>75%). Resultado 80% (44/55)
% paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%). Resultado 85% (47/55)
% pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%) Resultado 91% (50/55)

La evaluación de los indicadores se ha realizado mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL EQUIPO DE MEJORA HA VALORADO MUY POSITIVAMENTE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DADO QUE LOS OBJETIVOS ALCANZADOS HAN ESTADO POR ENCIMA DE LOS INDICADORES MARCADOS INICIALMENTE
EL PROYECTO ES MUY SOSTENIBLE Y LAS POSIBILIDADES DE REPLICACIÓN SON MUY ALTAS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1238 ===== ***

Nº de registro: 1238

Título
EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON ASMA - EPOC

Autores:
CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO, ROCA MUÑOZ MARIAN, GÜELL AYUDA JUAN, MORA PALOMARES DOMINGO, VIVO LAZARO JOSE LORENZO, ARGILES HERNANDEZ LUISA, AZNAR MORRO JOSE, MENDEZ SORIANO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORA DE RUBIELOS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1238

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON ASMA-EPOC

PROBLEMA

Se han detectado por parte de todos EAP necesidades de formación a los pacientes en el uso de inhaladores puesto que o no se utilizan de manera correcta porque la situación basal del paciente no lo permite o porque no se conoce o se ha depurado la técnica como seguimiento de los mismos pacientes. Por otro lado, la situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el uso de inhaladores por parte de los pacientes con diagnóstico de Asma EPOC en los pacientes del Centro de Salud de Mora de Rubielos.
Disminuir el número de exacerbaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
Disminuir la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis

MÉTODO

Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2 a 10 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación) o de polvo seco (unidosis o multidosis).
Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler
En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.
Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.
Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017), se llevará a cabo por personal de enfermería y medicina.

INDICADORES

Los indicadores que se van a evaluar son los siguientes:
% Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta
% pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>75%)
% paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
% pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa

DURACIÓN

Inicio 2º trimestre 2017 y finalización 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 - 2016/1239

1. TÍTULO

MEDIDA PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 207 EN EL SECTOR DE TERUEL. SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE LORENZO VIVO LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MORA DE RUBIELOS
· Localidad MORA DE RUBIELOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORA PALOMARES PEDRO
CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO
GÜELL AYUDA JUAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reuniones del EAP para valorar la situacion inicial y el seguimiento del Cuadro de Mandos de Farmacia en relacion a la seleccion eficiente de IBP's
- Analisis de la documentacion recibida en relacion a las indicaciones y seleccion eficiente de IBP's
-Explicacion a los pacientes en consulta la existencia de distintos IBP's y su utilización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se ha alcanzado el objetivo :
Marzo 77,13% Diciembre: 78,96
-Todos los profesionales estamos muy por encima de los indicadores para el Sector (64,55%) y para Aragon (72,25%) en Diciembre 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las localidades más pequeñas con indicadores altos pocas variaciones absolutas hacen movimientos importantes en los porcentajes.
En estos niveles de eficiencia es muy dificil la mejora, al estar influenciada por las prescripciones provenientes de Atención Especializada, sobre la que no podemos actuar.
Deberemos seguir en la misma linea de eficiencia, recomendando la intervencion sobre la prescripción de Atención Especializada para mejorar la eficiencia global.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1239 ===== ***

Nº de registro: 1239

Título
MEDIDA PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL SECTOR E TERUEL. SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Autores:
VIVO LAZARO JOSE LORENZO, CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO, GÜELL AYUDA JUAN, MORA PALOMARES DOMINGO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORA DE RUBIELOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Sector Teruel, el incremento del gasto acumulado en el año 2016/2015 ha sido del 6,91%, debido al incremento del número de recetas (1,71%) y del gasto medio por receta (GPR) (5%). Ajustar el GPR es uno de los objetivos del programa de Uso Racional del Medicamento (URM) en Aragón mediante medidas como la selección eficiente de moléculas, entre otras.
En 2016, los inhibidores de la bomba de protones (IBP) (A02BC) constituyeron el subgrupo terapéutico de mayor

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1239

1. TÍTULO

MEDIDA PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 207 EN EL SECTOR DE TERUEL. SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

gasto para el Sector Teruel (903.537 € y 4.163.808 DDDs). Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (269.599 € y 493.420 DDDs), omeprazol (266.235 € y 288.439 DDDs) y lansoprazol (198.277 €, 4.075 DDDs)1.

A fecha 1 de marzo de 2017, 13.301 pacientes en el Sector Teruel tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica; el 65,95% mantienen tratamiento con omeprazol (A02BC01) frente al 34,43% que tienen prescripciones activas de otros IBPs: pantoprazol (A02BC02) o lansoprazol (A02BC03) o rabeprazol (A02BC04) o esomeprazol (A02BC05) o esomeprazol+naproxeno (M01AE52).

El Sector Teruel presenta los peores resultados en selección eficiente de IBP con respecto a la media de Aragón, donde el 73,45% de los pacientes están en tratamiento con omeprazol2.

RESULTADOS ESPERADOS

Siguiendo las líneas estratégicas de URM en Aragón, el objetivo principal de este proyecto es impulsar la selección eficiente de IBP para ajustar el gasto medio por receta en 2017. Tras el análisis de consumos y de los perfiles de prescripción, la selección eficiente de IBP es una actuación necesaria para promover el URM en el Sector Teruel.

Omeprazol es el IBP de elección frente al resto de principios activos del mismo subgrupo terapéutico, es el de mayor experiencia de uso, mejores y más prolongados estudios de seguridad y además, es el IBP de menor coste. Por ello, a igualdad de eficacia y seguridad, es el fármaco más eficiente2-3.

Objetivo Farmacia III: Medidas para disminuir el gasto medio por receta Sector Teruel.

Sustitución de moléculas ineficientes por eficientes.

No prescribir un IBP diferente de omeprazol, salvo en pacientes en tratamiento con clopidogrel y/o doble antiagregación y que precisen un IBP en los que se recomienda pantoprazol; y en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica ó gástrica en los que se recomienda lansoprazol bucodispersable 1-3.

MÉTODO

1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de un IBP. A través del cuadro de mandos (CM) de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán un listado de pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) para valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base a los Protocolos de Intercambio Terapéutico (PIT) establecidos y aceptados en Aragón1. Los listados del CM de Farmacia se actualizarán mensualmente.

INDICADORES

mejora del indicador cualitativo de selección eficiente de IBP en el Sector Teruel (no incluido en el contrato programa)

Objetivo: Incrementar un 10% el número de pacientes del Equipo de Atención Primaria de Mora de Rubielos con prescripciones activas de omeprazol frente a aquellos que tienen prescritos otros IBP.

Desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria se hará un seguimiento de esta medida de selección eficiente durante 2017 (1er corte: marzo 2017; 2º corte: diciembre 2017) y se dará el apoyo necesario a los EAP (información farmacoterapéutica).

DURACIÓN

Comienzo 2º trimestre 2017. Finalización diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0241

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIO BURILLO LAFUENTE
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS MORA DE RUBIELOS
· Localidad MORA DE RUBIELOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VICENTE MARTIN LAURA
ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA
GÜELL AYUDA JUAN
MORA PALOMARES DOMINGO
VIVO LAZARO JOSE LORENZO
ARGILES HERNANDEZ LUISA
CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De entre las múltiples actividades y servicios a ofertar planteados en la pasada convocatoria, han sido realizados dos:

+ Sesión grupal, con soporte informático en formato presentación con una configuración participativa e integrativa con los miembros del equipo asistencial sobre la EPOC y su gestión, desde el enfoque estrictamente fisioterápico y multidisciplinar, con repaso al concepto de EPOC, su cribado, diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, con especial hincapié en el papel relevante de la fisioterapia en el entrenamiento general y específico, en sus respectivas modalidades, así como el seguimiento según diversas guías de consenso (GOLD 2018 y GesEPOC 2018).

+(Parcialmente) Control médico mensual durante el periodo de entrenamiento y control trimestral fuera de este. El control médico quedó plasmado en la realización en consulta personal del CAT (COPD Assessment Test), mMRC y orden de espirometría basal y prueba broncodilatadora, concurrente con el seguimiento estándar para los pacientes incluidos en cartera clínica de EPOC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a las sesiones, estas fueron finalmente divididas en 3 sesiones informativas, para mejor seguimiento de los asistentes, y contaron con un excelente grado de aceptación y valoraciones respecto a calidad y contenidos. Sin embargo, la aplicación práctica de los contenidos se mostró dificultosa, haciéndose palpable la necesidad de incrementar el contenido práctico con casos reales para una mejor transferencia de conocimiento.

En cuanto al control médico, varios factores contribuyeron a la progresión parcial de este aspecto (y a la progresión total de otros objetivos). Por una parte, la onerosa carga de trabajo convencional en el personal médico y de enfermería favoreció una dinámica sub-óptima de consecución de tiempos de trabajo. Por otra, se produjeron sendas averías del equipo disponible para realización de espirometrías en el centro, originando demoras no computables a los recursos humanos.

El espíritu colaborativo y diligente del personal de enfermería hizo que la ejecución de las pruebas en pacientes poco colaboradores o con dificultades en la comprensión de la técnica espirométrica se realizase con presteza. En este sentido, la experiencia acumulada de pacientes y profesionales se mostró como un elemento indispensable para la consecución de pruebas aceptables y reproducibles.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

+ La realización rutinaria y con mayor frecuencia de las actividades planteadas en el presente programa promueve la eficiencia y calidad de las mismas.

+ Resulta necesario re-evaluar las dinámicas de trabajo grupal e individual para promover la participación activa de todos los profesionales implicados.

+ Dada su ejecución parcial dentro del cronograma marco original -con un fin proyectado para el tercer trimestre de 2019- y ya iniciadas las buenas prácticas para que las dinámicas de trabajo sean de mayor eficacia y eficiencia, resulta recomendable el seguimiento del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/241 ===== ***

Nº de registro: 0241

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0241

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC

Título
ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC

Autores:
BURILLO LAFUENTE MARIO, ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA, GÜELL AYUDA JUAN, MORA PALOMARES DOMINGO, VIVO LAZARO JOSE LORENZO, ARGILES HERNANDEZ LUISA, AZNAR MORRO JOSE, CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORA DE RUBIELOS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En línea con otros proyectos desarrollados en el centro, se han detectado oportunidades de mejora en la detección y manejo de los pacientes con EPOC.

El tratamiento fisioterápico para el manejo complementario de la EPOC puede resultar conveniente para obtener un mayor control de la enfermedad y aumentar los niveles de actividad de los pacientes, de acuerdo con las recomendaciones de GesEPOC 2017. A consecuencia de ello, es posible una reducción del consumo de medicación así como el número y gravedad de las exacerbaciones. Entre las opciones de tratamiento de fisioterapia, el entrenamiento de la musculatura respiratoria se revela como una herramienta especialmente adecuada entre poblaciones con gran dispersión geográfica, dada su sencillez de uso y escasa necesidad de supervisión por parte del personal asistencial.

Estas líneas de acción, globales al manejo de la enfermedad, siguen los criterios internacionales marcados por GOLD 2017.

RESULTADOS ESPERADOS
+ Aumentar la fuerza de la musculatura respiratoria en los pacientes EPOC de la zona de salud.
+ Disminuir el número y gravedad de las exacerbaciones relacionadas con la enfermedad, precisen o no ingreso hospitalario.
+ Disminuir la cantidad y/o gravedad de los síntomas propios de la enfermedad.
+ Disminuir el consumo de medicación para el control de la enfermedad.
+ Disminuir la carga económica para el sistema sanitario, haciendo un uso más eficiente de los recursos materiales y humanos.

MÉTODO
+ Realización de seguimientos semanales individualizados con medición de PIM-PEM y reajuste de pauta de entrenamiento durante el periodo de intervención (3 meses) por fisioterapia.
+ Control semanal de registro de síntomas.
+ Control médico mensual durante el periodo de entrenamiento y control trimestral fuera de este.
+ Sesión individual para los pacientes de instrucción sobre pautas de entrenamiento y criterios de mantenimiento de los instrumentos de entrenamiento por fisioterapia.
+ Sesión individual para los pacientes a fin de proyecto para transmitir logros personales y pautas para mantenerlos por fisioterapia.
+ Sesión grupal con los miembros del equipo asistencial sobre la EPOC y su gestión, desde el enfoque estrictamente fisioterápico y multidisciplinar.
+ Sesión grupal con los miembros del equipo asistencial a fin de proyecto para evaluación de logros y valoración de posibilidades de mejora.

El entrenamiento se realizará con el dispositivo de entrenamiento personal de los pacientes.

INDICADORES
Los indicadores que se van a evaluar son los siguientes:

- + >10% pacientes retiran recetas de corticoesteroides, BDCD o BDL, según e-receta
- + >10% pacientes que reducen nº de síntomas respecto a situación basal
- + >10% pacientes que reducen gravedad de síntomas respecto a situación basal
- + >5% pacientes que reducen nº de ingresos hospitalarios por causas relacionadas con la EPOC respecto al año anterior

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI-AP (para la valoración de síntomas) y de Historia Clínica Electrónica para todos los pacientes incluidos en el programa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0241

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC

DURACIÓN

Inicio 3er trimestre 2018 y finalización 3er trimestre 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 - 2018/0618

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE ANA BRUN IZQUIERDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MORA DE RUBIELOS
· Localidad MORA DE RUBIELOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AGUYES MARTINEZ JORGE
ARGILES HERNANDEZ LUISA
AZNAR MORRO JOSE
LAZARO CURIA JAVIER
ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA
VICENTE MARTIN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestro proyecto se pretendía realizar talleres en los dos colegios que tiene nuestra zona básica de salud, el Colegio Público San Miguel de Mora de Rubielos y el CRA (Colegio Rural Agrupado) Pórtico de Aragón.

Inicialmente contactamos con los directores de ambos colegios, con el CRA de Rubielos contactó Marian y con el de Mora Ana.

El 15 de Mayo llevamos a cabo los talleres en el CRA Pórtico de Aragón que incluye las aulas de Alcalá de la Selva, Fuentes de Rubielos, Camarena de la Sierra, Valbona, Rubielos de Mora y La Puebla de Valverde, con un total de 124 alumnos de educación infantil y primaria, y un total de 22 profesores.

Los talleres se realizaron en " El Día del CRA" en la localidad de Nogueruelas, es un día de convivencia que realizan todos los años en el que participa toda la comunidad educativa, alumnos, profesores, padres y realizan diferentes actividades. C Este año habían diferentes talleres por los que iban rotando los niños y uno de ellos era el de Primeros Auxilios.

Cuando el colegio nos ofreció la posibilidad de hacerlo ese día nos pareció muy buena idea, porque al ser un CRA hay aulas donde hay mucha diversidad de edades y así allí podíamos hacer grupos más homogéneos y resultaba más fácil impartir los talleres, ya que teníamos diferentes talleres preparados y materiales para las diferentes edades. Y además podían estar los padres y ver lo que aprendían sus hijos y la importancia de ello, y a su vez hacer más extensiva esta formación, aunque fuese solo como espectadores.

Se distribuyeron los grupos de la siguiente manera:

Infantil (3 a 5 años) con un total de 43 alumnos divididos en dos grupos.

Primer ciclo de primaria (6 a 8 años) con un total de 39 alumnos, divididos en dos grupos.

Segundo ciclo de primaria (9 a 12 años) con un total de 42 alumnos, divididos en dos grupos.

Los talleres se impartieron a unos 20 niños por taller para poder estar en el momento de la práctica con 10 niños más o menos cada una de las enfermeras que fuimos, para poder corregir de manera adecuada y que todos pudiesen realizar la práctica, y en el caso de los más pequeños con los peluches ir ayudándoles también. Los profesores que acompañaban a cada grupo de niños también nos ayudaron ya que ellos habían recibido desde el centro de salud el año anterior la formación en primeros auxilios.

En el grupo de infantil el taller duró 30 minutos y se realizaron las siguientes actividades:

- Cada niño trajo un peluche al taller para realizar las prácticas con el peluche.
- Les presentamos a modo de juego el teléfono de emergencias 112, enseñándoselo en diferentes teléfonos fijos, en los móviles, y explicamos cuando llamen a emergencias ¿qué me van a preguntar? ¿qué tengo que decir?
- Saber diferenciar entre dormido e inconsciente.
- Aprender a hacer lo que les irán pidiendo que hagan desde el 112: PLS (pusieron a un adulto para que aprendan y vean que son capaces de hacerlo aunque sean pequeños) respira o no, masaje cardiaco, 5 golpes en la espalda y 5 maniobra de heimlich en un atragantamiento, todo esto lo practicamos con el peluche.
- Aprendieron una canción muy sencilla para recordar el 112 y que deben pedir ayuda a un mayor, que es lo más importante del taller, dada la edad que tienen. <https://youtu.be/grSw0iRBPJs>

En el grupo de Primer ciclo de primaria (6 a 8 años) el taller duró 50 minutos y se realizaron las siguientes actividades:

- Cada niño trajo un peluche al taller para realizar las prácticas con el peluche.
- Conocer el número de emergencias el 112: ¿qué me van a preguntar? ¿qué tengo que decir?
- Saber diferenciar entre dormido e inconsciente.
- Aprendieron a hacer lo que les irán pidiendo que hagan desde el 112: PLS (pusieron a un adulto para que aprendan y vean que son capaces de hacerlo aunque sean pequeños) respira o no, masaje cardiaco, 5 golpes en la espalda y 5 maniobra de heimlich en un atragantamiento, todo esto lo practicaremos con el peluche.
- Aprendieron una canción donde se repasa todo lo que deben hacer ante una inconsciencia y una muerte súbita, a la vez que se canta se van haciendo las maniobras. <https://youtu.be/56PrvOfEqHQ>

<https://youtu.be/3NH847iOXic>
En el grupo de segundo ciclo de primaria (9 a 12 años) el taller duró 50 minutos, y se realizaron las siguientes actividades:

- Presentación de powerpoint: 112, Inconsciente, muerte súbita, atragantamiento, Abrir vía aérea, saber si respira (ver, oír y sentir), PLS, RCP sólo con las manos (Masaje cardiaco)
 - Prácticas con maniqués del masaje cardiaco.
 - Prácticas de PLS y atragantamiento por parejas.
 - Visualización de un video de simulación de las diferentes situaciones junto con una canción con letra referente al tema. "Tus manos pueden salvar vidas" del grupo Cero a la Izquierda. <https://youtu.be/HUE9svt2v8A>
- Los recursos materiales utilizados fueron el ordenador y proyector del colegio y los maniqués para la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0618

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"

práctica de RCP en los más mayores que nos los prestaron desde la dirección de atención primaria.

Los powerpoints fueron elaborados por el equipo, en un principio Ana hizo un esbozo y posteriormente se fueron completando y modificando con el resto del equipo. Basándonos en las recomendaciones de la ERC 2015 y en otras presentaciones utilizadas en un proyecto de talleres de primeros auxilios en escolares con años ya de experiencia y con muy buenos resultados en Asturias, "Con tus manos puedes salvar vidas" de ahí el nombre de nuestro proyecto, los cuales comparten sus presentaciones y canciones para todo el que quiera. Ana se puso en contacto con ellas y le enviaron todo el material.

También se elaboró una pegatina en forma de ambulancia con el 112 visible y donde pone su dirección, para que lo dejen al lado del teléfono de casa y así puedan saber correctamente la dirección y que lo puedan poner en casa de familiares también.

Los enlaces de las canciones que se utilizaron para enseñar, se pasaron a los padres a través del colegio para que pudiesen cantarlas con sus hijos y así que las vayan recordando y aprendan el número 112 y ya de paso los padres puedan aprender. También los maestros se comprometieron a ir recordándolas en el cole.

Los talleres se llevaron a cabo por Ana M^a Brun Izquierdo y una estudiante de enfermería Belén Redón que se encontraba en ese momento en prácticas en el Centro de Salud.

Con el Colegio de Mora de Rubielos, nos pusimos en contacto a finales del curso anterior y nos dijeron que nos tendrían en cuenta en la planificación del curso 2018-2019, los talleres se llevarán a cabo entre el segundo y tercer trimestre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al finalizar el taller los alumnos sabían realizar las maniobras explicadas, posición lateral de seguridad, masaje cardiaco, activar servicio de emergencias, actuación ante un atragantamiento... se fue evaluando mientras se hacía la práctica

La participación ha sido del 100%, ya que al hacerse en horario lectivo todos los niños acuden a la escuela por lo que se llega al total de la población a la que iba destinado el proyecto.

Los niños disfrutaron con los talleres, estuvieron participativos y atentos.

Los maestros quedaron satisfechos con los talleres y les gustaría que sigamos impartiendo en años consecutivos, así nos lo hicieron saber al terminar los talleres y posteriormente.

Así como los padres que asistieron ese día nos transmitieron que consideran importante la enseñanza en primeros auxilios a sus hijos y que les gustaría también algún taller para padres, que puede ser un próximo proyecto.

Al ser la primera vez que recibían ese tipo de formación habrán cosas que se irán olvidando, es por ello, que se pretende volver al año siguiente para recordar conocimientos y que se vayan quedando grabados en los niños, y ya sea recordar y practicar lo que aprendieron el año anterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo es muy satisfactoria ya que se han cumplido las expectativas.

No se realizó encuesta a los niños porque son pequeños y queríamos que fuese más práctico, estamos valorando en que la próxima vez que vayamos al cole los primeros minutos en lugar de empezar ya con la teoría, preguntar y ver que es lo que van recordando, todo de manera lúdica, sin que se sientan examinados, no olvidemos que son niños. Y pasar una encuesta de satisfacción a los profesores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/618 ===== ***

Nº de registro: 0618

Título
TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"

Autores:
BRUN IZQUIERDO ANA MARIA, AGOUES MARTINEZ JORGE, ARGILES HERNANDEZ LUISA, AZNAR MORRO JOSE, LAZARO CURIA JAVIER, ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA, VICENTE MARTIN LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORA DE RUBIELOS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0618

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"

PROBLEMA

En España ocurre una parada cardíaca súbita cada 20 minutos. Si se suman los fallecimientos por atragantamiento o por parada respiratoria en personas inconscientes debida a la obstrucción de la vía aérea por la propia lengua del paciente, el resultado es impactante.

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.

Día tras día somos testigos de la poca formación sanitaria, las dudas y los miedos de los ciudadanos en lo que a primeros auxilios y atención inicial a la emergencia se refiere.

En los Países nórdicos hasta el 70% de los pacientes que sufren una parada cardiorespiratoria (PCR) presenciada llegan al hospital con vida tras ser reanimados precozmente por los testigos. En España no superamos el 10% de paradas cardíacas extrahospitalarias recuperadas.

¿Qué es lo que marca la diferencia? La enseñanza de primeros auxilios y maniobras de atención a la emergencia en las edades tempranas de la vida. Aquellas en las que los conocimientos se aprenden y mecanizan sin miedos, dudas ni prejuicios. Enseñan a sus niños y jóvenes. Y los enseñan en los lugares por los que pasará más del 90% de la población en edad escolar: en los colegios e institutos.

RESULTADOS ESPERADOS

Que los niños adquieran conocimientos para saber actuar ante una situación de emergencia, muerte súbita, atragantamiento, inconsciencia:

- Conocer el teléfono de emergencias 112 y utilizarlo adecuadamente.
- Maniobra frente-mentón para abrir la vía aérea.
- Posición lateral de seguridad (PLS)
- Reconocer si respira o no.
- Masaje cardíaco.
- Maniobras de desobstrucción de la vía aérea por atragantamiento.

MÉTODO

Los colegios de nuestra zona básica de salud son dos, el Colegio Público San Miguel de Mora de Rubielos y el C.R.A (Colegio Rural Agrupado) Pórtico de Aragón.

Las actividades varían en función de la edad de los escolares, por lo que las hemos dividido en varios grupos. 3 y 4 años (1º y 2º de infantil)

- El taller durará 30 minutos
- Traerá cada niño un peluche al taller para realizar las prácticas con el peluche.
- Conocer el número de emergencias el 112: ¿qué me van a preguntar? ¿qué tengo que decir?
- Saber diferenciar entre dormido e inconsciente.
- Aprender a hacer lo que les irán pidiendo que hagan desde el 112: PLS (pondrán a un adulto para que aprendan y vean que son capaces de hacerlo aunque sean pequeños) respira o no, masaje cardíaco, 5 golpes en la espalda y 5 maniobra de heimlich en un atragantamiento, todo esto lo practicaremos con el peluche.
- Aprenderemos una canción muy sencilla para recordar el 112 y que deben pedir ayuda a un mayor, que es lo más importante del taller, dada la edad que tienen.

5, 6 y 7 años (3º de infantil, 1º y 2º de primaria)

- El taller durará 50 minutos
- Traerá cada niño un peluche al taller para realizar las prácticas con el peluche.
- Conocer el número de emergencias el 112: ¿qué me van a preguntar? ¿qué tengo que decir?
- Saber diferenciar entre dormido e inconsciente.
- Aprender a hacer lo que les irán pidiendo que hagan desde el 112: PLS (pondrán a un adulto para que aprendan y vean que son capaces de hacerlo aunque sean pequeños) respira o no, masaje cardíaco, 5 golpes en la espalda y 5 maniobra de heimlich en un atragantamiento, todo esto lo practicaremos con el peluche.
- Aprenderemos una canción donde se repasa todo lo que deben hacer ante una inconsciencia y una muerte súbita.

8 a 12 años (3º, 4º, 5º y 6º de primaria)

- El taller durará 50 minutos.
- Presentación de powerpoint: 112, Inconsciente, muerte súbita, atragantamiento, Abrir vía aérea, saber si respira (ver, oír y sentir), PLS, RCP sólo con las manos (Masaje cardíaco)
- Prácticas con maniqués del masaje cardíaco.
- Prácticas de PLS y atragantamiento por parejas.
- Visualización de un video de simulación de las diferentes situaciones junto con una canción con letra referente al tema. "Tus manos pueden salvar vidas" del grupo Cero a la Izquierda.

INDICADORES

Que los niños al finalizar el taller sepan realizar las diferentes maniobras de forma adecuada.

DURACIÓN

Durante el curso escolar se planificarán los talleres de acuerdo a la disponibilidad de los profesionales sanitarios y de los maestros.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0618

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"

OBSERVACIONES

En el curso anterior ya se les dio un taller de primeros auxilios a los profesores, para que ellos ya sean conocedores del tema en mayor profundidad.
En la RCP solamente se enseña el masaje cardiaco ya que son muy pequeños y el realizar las ventilaciones les puede resultar muy difícil y no ser efectivas, por lo que se perdería un tiempo importante, es por ello que se realiza sólo masaje cardiaco.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0319

1. TÍTULO

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE MARIO BURILLO LAFUENTE

- Profesión FISIOTERAPEUTA
- Centro CS MORA DE RUBIELOS
- Localidad MORA DE RUBIELOS
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- + Sesión grupal con los miembros del equipo asistencial (medicina, enfermería) sobre fragilidad, ancianidad y caídas, rol de la fisioterapia y contenido clínico-práctico del proyecto (octubre de 2019).
- + Confección de los libretos informativos individualizados, soporte físico para el correcto seguimiento del plan de intervención a domicilio y en el propio centro por parte de los pacientes (octubre de 2019 a enero de 2020)
- + Solicitud y obtención de permisos de uso de instrumentos de medición de calidad de vida (EQ-5D-5L) (noviembre de 2019).
- + Conformación de grupos de pacientes para trabajo grupal, incluyendo valoración funcional (riesgo de caídas, marcha) y calidad de vida (noviembre de 2019)
- + Valoración fisioterápica final y entrega de recomendaciones de ejercicio y actividad física al alta (enero de 2020)
- + Recordatorio puntual múltiple a personal del equipo médico sobre criterios de derivación e inclusión de pacientes en programa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde octubre de 2019 se realizaron 5 derivaciones para valorar inclusión en el programa (3 de Cabra de Mora -60% y 2 de Alcalá de la Selva -40%-), con una proporción del 100% de mujeres, con edades comprendidas entre 68 y 100 años. Entre ellas y tras realizar la valoración inicial (noviembre 2019), se determinó que 4 (80%) pacientes cumplían criterios de selección y se les invitó a participar. De estos, el 50% (2 pacientes) declinó su inclusión en el programa alegando imposibilidad para desplazarse por sus propios medios al Centro de Salud.

Todas las participantes (100%), con una media de 75 años, han completado más del 85% de las sesiones presenciales (mínimo 14/16, máximo 15/16) logrando los objetivos marcados, pero la mitad de las pacientes (50%) no realizó de forma regular la pauta de ejercicio domiciliaria, alegando problemas socio-familiares.

Inicialmente las pacientes lograron: test de equilibrio (3/4 mínimo, 4/4 máximo), velocidad de la marcha 3 metros (2/4 mínimo -5,39 segundos-, 3/4 máximo -3,68 segundos-), test de levantarse de la silla (3/4), velocidad de la marcha en 6 metros (0,69 m/s mínimo, 0,97 m/s máximo), Timed Up & Go (11,21s mínimo, 13s máximo) y calidad de vida (movilidad 2-3, autocuidado 2-3, actividades cotidianas 3, dolor/malestar 3, ansiedad/depresión 1-2, VAS 50-74)

Finalmente las pacientes lograron: test de equilibrio (4/4), velocidad de la marcha 3 metros (3/4 mínimo -3,78 segundos-, 4/4 máximo -3,40 segundos-), test de levantarse de la silla (3/4), velocidad de la marcha en 6 metros (0,70 m/s mínimo, 0,97 m/s máximo), Timed Up & Go (10,99s mínimo, 14,63s máximo) y calidad de vida (movilidad 2-3, autocuidado 2, actividades cotidianas 2, dolor/malestar 2-4, ansiedad/depresión 1, VAS 80-95).

Durante el periodo de intervención, las pacientes no sufrieron ninguna caída (0%). Sin embargo, no se observaron diferencias al respecto entre las pacientes participantes y las no participantes. Esta misma circunstancia se reproduce respecto a las fracturas de cadera (0% de diferencia), no habiéndose producido ninguna en el periodo observado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Globalmente las pacientes han mejorado su puntuación en el SPPB en 1-2 puntos (8,3-16,6% mejora), cambiando a fin de entrenamiento su fenotipo del grupo C al D y reduciendo por tanto su riesgo objetivable de caída. También han mejorado su calidad de vida en 2 puntos -8% mejor- (imputable a las áreas de autocuidados, actividades cotidianas y ansiedad/depresión). Se ha observado una mejora muy significativa en la percepción del propio estado de salud, con una mejora de entre 6 y 45 puntos (sobre 100).

Sin embargo, y debido al limitado número de participantes, sería aventurado determinar el grado de eficiencia económica o la efectividad en la disminución del número de caídas, defunciones y fracturas. Se hace necesaria una mejor y más intensa colaboración entre los integrantes del equipo asistencial para el desarrollo de la actividad, susceptible de mejoras en el procedimiento de captación y derivación. Así mismo y de replicarse la experiencia, en el futuro sería recomendable aumentar los plazos para la ejecución de las diversas tareas que han conformado el proyecto disponiendo de más de 12 meses; la realización del seguimiento se ha visto comprometida por esta circunstancia.

En línea con la evidencia disponible (por ejemplo en materia de rehabilitación respiratoria y cardíaca), durante la realización del proyecto se ha hecho manifiesto que, para un acceso justo y equitativo al servicio de salud y particularmente al de fisioterapia en Atención Primaria, se debe disponer de los medios físicos y económicos -transporte sanitario o colectivo, por ejemplo- que faciliten la asistencia y adherencia a los programas y atenciones dispensadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0319

1. TÍTULO

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN LA PREVENCION DE CAIDAS

Así mismo, se ha constatado la necesidad de un rediseño en los planes de intervención haciendo énfasis en el empoderamiento y autonomía del paciente para gestionar sus problemas de salud, facilitando la adherencia al tratamiento y disminuyendo al mismo tiempo la carga de trabajo del personal sanitario involucrado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/319 ===== ***

Nº de registro: 0319

Título
ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN LA PREVENCION DE CAIDAS

Autores:
BURILLO LAFUENTE MARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORA DE RUBIELOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
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
Para que el envejecimiento sea una experiencia positiva, una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. La OMS utiliza el término «envejecimiento activo» para expresar el proceso por el que se consigue este objetivo.

En estrecha relación con este concepto se encuentran el de fragilidad y el positivo impacto que tiene el ejercicio físico en la prevención primaria y secundaria de la misma. La fragilidad se entiende como un estado clínico que aumenta la vulnerabilidad de un individuo para desarrollar dependencia y/o aumentar la mortalidad cuando es expuesto a un factor de estrés. Puede ser el resultado de una serie de enfermedades y condiciones médicas, y su evolución hacia la discapacidad puede ser retrasarse o evitarse si se identifica y maneja precozmente.

Las caídas, entendidas como el evento caracterizado por la pérdida de estabilidad postural con un desplazamiento del centro de gravedad hacia un nivel inferior, generalmente el suelo, sin una previa pérdida de conocimiento y sin pérdida del tono postural, ocurriendo de una manera no intencional, constituyen uno de los principales riesgos desencadenantes de una situación de fragilidad.

RESULTADOS ESPERADOS
En todos los casos, referente a personas mayores de 65 años con antecedente de caída en el último año en la zona de salud.
+ Aumentar la fuerza de la musculatura periférica.
+ Disminuir el número de caídas tras la intervención de fisioterapia.
+ Disminuir el número de defunciones por causa relacionada con caídas.
+ Disminuir el número de fracturas de cadera tras la intervención de fisioterapia.
+ Disminuir la carga económica para el sistema sanitario, haciendo un uso más eficiente de los recursos materiales y humanos.

MÉTODO
+ Realización de valoración inicial y final de riesgo de caídas, calidad de vida y marcha por fisioterapia.
+ Programa de intervención de fisioterapia de 2 sesiones grupales semanales durante 8 semanas.
+ Revisión de Historia Clínica Electrónica a los 6 meses siguientes a fin de intervención en busca de registros relacionados con caídas, defunciones o fracturas.
+ Sesión grupal con los miembros del equipo asistencial previo a inicio de intervenciones sobre las caídas, la fragilidad y la ancianidad, sus posibles abordajes y el rol de la fisioterapia.
+ Sesión grupal con los miembros del equipo asistencial a fin de proyecto para evaluación de logros y valoración de posibilidades de mejora.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0319

1. TÍTULO

ABORDAJE DE FISIOTERAPIA EN LA PREVENCION DE CAIDAS

Los indicadores que se van a evaluar son los siguientes:

- + pacientes derivados que participan en el programa y completan 10 o más sesiones (objetivo: >85%)
- + caídas en pacientes participantes en el programa vs. no participantes (objetivo <10%)
- + porcentaje de fracturas de cadera en pacientes participantes en el programa vs. no participantes (objetivo <5%)

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI-AP e Historia Clínica Electrónica para todos los pacientes incluidos en el programa.

DURACIÓN

Inicio 2º trimestre 2019 y finalización 2º trimestre 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0570

1. TÍTULO

CUIDADOS A LA MUJER EN EL POSTPARTO Y AL BEBE EN SU PRIMEROS MESES

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ALICIA ARNAU FUERTES
· Profesión MATRONA
· Centro CS MORA DE RUBIELOS
· Localidad MORA DE RUBIELOS
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA
BRUN IZQUIERDO ANA
COBOS COBOS MARCELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Primeros auxilios en los bebés, desarrollo psicomotor del bebé, alimentación complementaria, lactancia materna, vivencia del nacimiento, sexualidad en el postparto, controles de salud habituales, beneficios del masaje infantil, canciones de estimulación y juegos de estimulación, yoga y relajación en conjunto. Pequeñas meditaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto es conocido en el centro de salud, las mujeres al terminar la curentena preguntan por el. Acuden las que están más cerca con frecuencia, siguen acudiendo al centro de salud hasta que comienzan a trabajar...

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Acuden las mujeres autoctonas y que conocen bien el idioma, abandonan cuando comienzan a trabajar o cuando el bebé ya se mueve mucho... algunos a los 10 meses. La lejanía al centro hace que no acudan las de los pueblos más alejados. En el colectivo magrebi no está tan extendido quizás por las relaciones que tienen en su familia o amistades que sirven de soporte.
Estamos contentos por la acogida de las mujeres y sus intervenciones... entre ellas entablan relaciones de ayuda y consejo.
Seguiremos el próximo año pues siguen acudiendo un 50% aproximadamente de las mujeres que van teniendo niños. Un proyecto reconfortante y sostenible y replicable en otros centros.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/570 ===== ***

Nº de registro: 0570

Título
CUIDADOS A LA MUJER EN EL POSTPARTO Y AL BEBE EN SUS PRIMEROS MESES

Autores:
ARNAU FUERTES ALICIA, ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA, COBOS COBOS JOSE MARCELO, BRUN IZQUIERDO ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORA DE RUBIELOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las mujeres durante los cursos de embarazo preguntan sobre la continuidad de encuentros en el postparto. Los primeros meses de la crianza y maternidad - paternidad son un periodo vulnerable y sensible emocionalmente: donde ha cambiado el rol, se adaptan al bebé, crean vínculos, se planifican y se encuentra un nuevo equilibrio. Existe la posibilidad de depresión postparto

RESULTADOS ESPERADOS
Crear un espacio de encuentro para compartir la experiencia del parto, la crianza, la maternidad, la nueva

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0570

1. TÍTULO

CUIDADOS A LA MUJER EN EL POSTPARTO Y AL BEBE EN SU PRIMEROS MESES

paternidad y la evolucion de la sexualidad.

Conocer ejercicios para tonificar el cuerpo y el suelo pélvico

Saber los controles pediátricos prevencion con vacunas, desarrollo del bebé, alimentacion complementaria, prevencion de accidentes, etc

MÉTODO

Se hacen clases de YOGA MAMA-BEBÉ. Y los 10 últimos minutos se tratan temas de:

- compartir experiencia del parto (escribirlo)
- alimentacion del bebé (triptico) primeros meses lactancia elegida y alimentacion complementaria
- idealizacion del puerperio: maternidad, paternidad (verbalizar) roles familia
- desarrollo del bebé: psicomotor
- sexualidad en el postparto: planificacion (ver métodos)
- el sueño del bebé, el llanto
- prevencion accidentes domesticos, seguridad vial

INDICADORES

asistencia a los cursos:

numero de mujeres que acuden / numero de mujeres que han parido

nº de clases que acuden/ nº clases total

DURACIÓN

dura 7 semanas...

Alicia hace la práctica de ejercicios y algun tema de matrona

Marcelo desarrollo psicomotor del bebé, consultas frecuentes,...

Marian prevencion accidentes domésticos, seguridad vial...

alimentacion complementaria, sueño y llanto del bebé, etc...

Ana compartiendo con Marian temas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1164

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENAL MEDIANTE LA FORMULA CE COCKCROFT EN PACIENTES DE MAS DE 75 AÑOS

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE VALERIANO OLIVAS GUILLEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MOSQUERUELA
· Localidad MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONTOLIU VILLANUEVA RICARDO

AGUELO FLORIA MARCOS

IGUAL IBAÑEZ LAURA

CONEJOS MERITA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

DOS SESIONES CLINICAS DE VALORACION DE LA ACTIVIDAD PARA LOS PACIENTES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

BUEN IMPACTO ENTRE LOS PROFESIONALES SOBRE LA ACTIVIDAD.AL VALORAR ESTE ASPECTO COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y PARA EL MANEJO DE FARMACOS EN PACIENTES DE RIESGO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

TODOS PROFESIONALES LO VALORARON POSITIVAMENTE. SE REVISARON FARMACOS, SE RETIRARON FARMACOS SE AUMENTO EL CONTROL SOBRE LOS PACIENTES DE MAS RIESGO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1164 ===== ***

Nº de registro: 1164

Título
VALORACION DE LA FUNCION RENAL MEDIANTE LA FORMULA DE COCKCROFT EN PACIENTES DE MAS DE 75 AÑOS

Autores:
OLIVAS GUILLEN VALERIANO, MONTOLIU VILLANUEVA RICARDO, AGUELO FLORIA MARCOS, IGUAL IBAÑEZ LAURA, CONEJOS MERITA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MOSQUERUELA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Nefrologia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Valorara la función renal en mas de 75 años para evitar el daño renal de los AINES y otros fármacos potencialmente nefrotoxicos, Triple Whammy y clasificar a los pacientes según su daño renal

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la yatrogenis por AINES, disminuir el riesgo de Triple Whammy, con una valoración mas especifica de su función renal

MÉTODO

Todos los pacientes de la población diana tendrán al menos una vez al año una valoración del filtrado glomerular a través de la formula de Cockcroff_Gault

INDICADORES

Se registrara un episodio en OMI con su grado de función renal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1164

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENAL MEDIANTE LA FORMULA CE COCKCROFT EN PACIENTES DE MAS DE 75 AÑOS

DURACIÓN

El proyecto se iniciará el 1/04/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0399

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE MARCOS TENA CAMPOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MOSQUERUELA
· Localidad MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN
OLIVAS GUILLEN VALERIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Actividades realizadas:

1ª Reunión de equipo, para diseñar el formato de la charla, y se invita a participar a los trabajadores de la residencia de ancianos y al personal de ayuda domiciliaria de la zona, para colaborar en el contenido del powerpoint.

2ª Reunión de equipo, en el que los miembros del equipo colaboran en la estructura y formato de las diapositivas. Se decide incluir imágenes para facilitar la asimilación de conceptos. Planteamos hacer una introducción oral y una lluvia de ideas de los asistentes para medir el nivel de conocimientos y déficits en el tema a exponer, así como sus inquietudes. También creamos una tabla que relaciona los alimentos según la cantidad de vitamina K que poseen, para orientar a los asistentes en la dieta recomendable en pacientes con acenocumarol.

3ª Reunión de equipo. Se elabora el cuestionario de evaluación de los asistentes para determinar el nivel de conocimientos adquiridos. Se formulan 10 ítems con 3 respuestas, siendo una de ellas verdadera.

4ª Reunión de equipo, para determinar las fechas y lugar de realización, acordando realizar una sesión en el centro de salud de Mosqueruela y otra en el salón de actos del ayuntamiento de Linares de Mora. Realización de la charla: Tras la presentación de los ponentes y recordar el tema a tratar entre los asistentes, a modo de introducción, en una pizarra, anotamos las ideas y cuestiones que se presentan para abordar el tema (feedback). Los asistentes definen qué es para ellos un anticoagulante, cuáles son sus indicaciones y cuáles son las interacciones relacionadas con los alimentos y otros medicamentos. Además se hace hincapié en la peligrosidad de administración de medicación intramuscular en este tipo de pacientes. Se pasa posteriormente el powerpoint explicativo, describiendo las patologías en las que está recomendada la toma de anticoagulantes, signos y síntomas de sangrado y exceso de medicación en sangre y pautas básicas de actuación en caso de complicaciones. Tras finalizar la misma, damos un tiempo para que los asistentes planteen dudas y sugerencias. Después se les da entrega del cuestionario de evaluación y la hoja de alimentos ricos en vitamina K. Se corrigen y comentan las preguntas realizadas, haciendo hincapié en los puntos más relevantes.

5ª Reunión de equipo. Se realiza evaluación general post-exposición (sensibilización, conocimientos adquiridos, aceptación en la comunidad...), dejando abierta la posibilidad de repetir la charla periódicamente.

-Cronograma:

1ª reunión: 20/04/2018. Asisten los responsables y otros componentes, 5 trabajadores de la residencia y 1 de ayuda domiciliaria.

2ª reunión: 27/04/2018. Asisten los responsables y otros componentes.

3ª reunión: 09/05/2018. Asisten los responsables, otros componentes y pediatra.

4ª reunión: 11/05/2018. Asisten los responsables y otros componentes.

Realización de la charla: 31/05/2018 y 01/06/2018. El día 31 en Mosqueruela asisten 44 personas, y el día 1, 43 en Linares de Mora, siendo mayoritaria la representación de mujeres.

5ª reunión: 20/09/2018. Asisten los responsables y otros componentes.

-Acciones para comunicar el proyecto y sus resultados a profesionales y/o pacientes. Materiales utilizados: Se realizan bandos en ambos municipios días antes de las charlas y carteles informativos en tiendas locales, consultorios locales y centro de salud de Mosqueruela. También se usa el Whatsapp municipal con un mensaje divulgativo.

-Actividades de evaluación:

Se valoran los conocimientos con el cuestionario de evaluación, se corrige entre todos los participantes. Además se aprovecha en consultas de enfermería posteriores para determinar los conocimientos alcanzados en personas al azar que, o bien estaban en tratamiento con anticoagulantes, o cuidaban a algún familiar/ paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Resultados alcanzados:

Tras la charla, todos los teses superaron el 90% de aciertos, por lo que consideramos que la población quedó sensibilizada sobre los aspectos más importantes acerca del tratamiento con anticoagulantes. Además algunos teses realizados al azar a pacientes que no asistieron a la charla, mostraron peores resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-LECCIONES APRENDIDAS: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Resulta interesante realizar periódicamente este tipo de intervenciones en la comunidad puesto que se obtienen resultados óptimos de asistencia y se aumentan los conocimientos para mejorar la promoción de la salud en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0399

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

área tratada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/399 ===== ***

Nº de registro: 0399

Título
EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

Autores:
TENA CAMPOS MARCOS, SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN, OLIVAS GUILLEN VALERIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MOSQUERUELA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes demandan continuamente en consulta información sobre interacciones farmacológicas y alimentarias con los tratamientos anticoagulantes. Es importante dar información clara sobre las interacciones farmacológicas y alimentarias para evitar las complicaciones con los anticoagulantes orales.

RESULTADOS ESPERADOS

Emponderar a los pacientes para aumentar los conocimientos sobre las interacciones medicamentosas y alimentarias. La población a la que se dirige es la que esté en tratamiento con anticoagulantes orales (warfarina y acenocumarol).

MÉTODO

Todos los pacientes anticoagulados, realizarán anualmente un cuestionario/entrevista, sobre manejo, riesgos, alimentación, etc. de anticoagulantes. Los miembros del equipo desarrollarán un cuestionario para los pacientes. Se implementarán dos reuniones de trabajo, una cada cuatro meses para valorar el resultado sobre los pacientes.

INDICADORES

Número de pacientes a los que se les entrega la encuesta.

DURACIÓN

Inicio en mayo del 2018. Se espera una duración continuada a lo largo de varios años.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0400

1. TÍTULO

AUTODETECCION DE SINTOMAS DE ALARMA DE ICTUS EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN SANCHEZ SANCHEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS MOSQUERUELA
- Localidad MOSQUERUELA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAS GUILLEN VALERIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Actividades realizadas:

1ª Reunión de equipo, para diseñar el formato de la charla, y se invita a participar a los trabajadores de la residencia de ancianos y al personal de ayuda domiciliaria de la zona, para colaborar en el contenido del powerpoint.

2ª Reunión de equipo, en el que los miembros del equipo colaboran en la estructura y formato de las diapositivas. Se decide incluir imágenes para facilitar la asimilación de conceptos. Planteamos hacer una introducción oral y una lluvia de ideas de los asistentes para medir el nivel de conocimientos y déficits en el tema a exponer, así como sus inquietudes. También creamos un esquema plastificado de bolsillo en el que, mediante imágenes, se muestran las pautas de actuación y detección de síntomas de alarma.

3ª Reunión de equipo. Se elabora el cuestionario de evaluación de los asistentes para determinar el nivel de conocimientos adquiridos. Se formulan 12 ítems con 3 respuestas, siendo una de ellas verdadera.

4ª Reunión de equipo, para determinar las fechas y lugar de realización, acordando realizar una sesión en el centro de salud de Mosqueruela y otra en el salón de actos del ayuntamiento de Linares de Mora.

Realización de la charla: Tras la presentación de los ponentes y recordar el tema a tratar entre los asistentes, a modo de introducción, en una pizarra, anotamos las ideas y cuestiones que se presentan para abordar el tema (feedback). Los asistentes definen ictus y cómo se debería actuar. Se pasa posteriormente el powerpoint explicativo, describiendo la patología, signos y síntomas de alarma y pautas básicas de actuación. Tras finalizar la misma, damos un tiempo para que los asistentes planteen dudas y sugerencias. Después se les da entrega del cuestionario de evaluación y el esquema plastificado. Se corrigen y comentan las preguntas realizadas, haciendo hincapié en los puntos más relevantes.

5ª Reunión de equipo. Se realiza evaluación general post-exposición (sensibilización, conocimientos adquiridos, aceptación en la comunidad...), dejando abierta la posibilidad de repetir la charla periódicamente.

-Cronograma:

1ª reunión: 20/04/2018. Asisten los responsables y otros componentes, 3 trabajadores de la residencia y 2 de ayuda domiciliaria.

2ª reunión: 27/04/2018. Asisten los responsables y otros componentes.

3ª reunión: 09/05/2018. Asisten los responsables, otros componentes y pediatra.

4ª reunión: 11/05/2018. Asisten los responsables y otros componentes.

Realización de la charla: 24/05/2018 y 25/05/2018. El día 24 en Mosqueruela asisten 32 personas, y el día 25, 41 en Linares de Mora, siendo mayoritaria la representación de mujeres.

5ª reunión: 20/09/2018. Asisten los responsables y otros componentes.

-Acciones para comunicar el proyecto y sus resultados a profesionales y/o pacientes. Materiales utilizados: Se realizan bandos en ambos municipios días antes de las charlas y carteles informativos en tiendas locales, consultorios locales y centro de salud de Mosqueruela. También se usa el Whatsapp municipal con un mensaje divulgativo.

-Actividades de evaluación:

Se valoran los conocimientos con el cuestionario de evaluación, se corrige entre todos los participantes. Además se aprovecha en consultas de enfermería posteriores para determinar los conocimientos alcanzados en personas al azar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Resultados alcanzados:

Tras la charla, todos los teses superaron el 80% de aciertos, por lo que consideramos que la población quedó sensibilizada sobre los aspectos más importantes del tema ictus. Además algunos teses realizados al azar a pacientes que no asistieron a la charla, mostraron peores resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-LECCIONES APRENDIDAS: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Resulta interesante realizar periódicamente este tipo de intervenciones en la comunidad puesto que se obtienen resultados óptimos de asistencia y se aumentan los conocimientos para mejorar la promoción de la salud.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0400

1. TÍTULO

AUTODETECCION DE SINTOMAS DE ALARMA DE ICTUS EN LA COMUNIDAD

*** ===== Resumen del proyecto 2018/400 ===== ***

Nº de registro: 0400

Título
AUTODETECCION DE SINTOMAS DE ALARMA DE ICTUS EN LA COMUNIDAD

Autores:
SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN, TENA CAMPOS MARCOS, OLIVAS GUILLEN VALERIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MOSQUERUELA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La población desconoce los signos y síntomas de alarma de ictus y la necesidad de una atención precoz.

RESULTADOS ESPERADOS
Concienciar y explicar a la población adulta de la importancia en la detección de los signos y síntomas de ictus.

MÉTODO
Se realizarán reuniones de equipo para preparar los talleres dirigidos a la población susceptible.

INDICADORES
Se registrará el número de asistentes a los talleres, así como el número de reuniones realizadas

DURACIÓN
El proyecto se iniciará a partir de mayo del 2018 y continuará en años sucesivos.

OBSERVACIONES

Antigua línea: Mejora de la Práctica Clínica

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0472

1. TÍTULO

NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE MARCELO COBOS COBOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MOSQUERUELA
· Localidad MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TENA CAMPOS MARCOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizo varias reuniones entre los profesionales del equipo que vamos a impartir los talleres para la elaboracion y preparacion del material a emplear en los diferentes talleres, acordar la dinamica y la participacion de cada uno de nosotros durante el mismo, se elaboro un power point para la presentacion., ademas de realizar las ultimas recomendaciones bibliograficas de las guias de AHA y ERC.

Nos pusimos en contacto con los directores de los colegios para acordar las fechas para la realizacion de los talleres.

Solicitamos a la gerencia de atencion primaria del Sector Teruel para que se nos pueda prestar los maniquis para poder realizar las practicas de los talleres.

Los talleres se realizaron con la participacion de todos los alumnos de primaria de los colegios de Linares de Mora, Valdelinares y Mosqueruela.

En tres sesiones, 1 cada colegio respectivamente.

Cada sesion tuvo una duracion aproximadamente de 1 hora, la sesion estuvo dividida en dos partes primera una introduccion teorica con la ayuda del power point, luego la realizacion de la practica con la participacion de todos los niños y para finalizar la proyeccion de un video con una cancion para la familiarizacion de los niños con el taller realizado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado de este proyecto a sido muy importante ya que nos ha ayudado a ponernos en contacto al personal sanitario (medicos y enfermeras) del centro de salud de Mosqueruela con los 3 colegios de la zona tanto con su profesorado como con sus alumnos.

Los alumnos han recibido un conocimiento basico de que es una Reanimacion Cardio pulmonar Basica y que se debe hacer ante esta situacion.

Poder indentificar un caso en el que una persona (familiar o extraño) se encuentre inconciente y que se debe hacer.

Ante una urgencia que se debe hacer y aviasr de forma inmediata a los servicios de Urgencias. (numeros telefonicos) 061 - 112

Les recordamos en varias ocasiones la forma correcta de dar un aviso y que es lo primero que se debe realizar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debo expresar que este proyecto ha sido personalmente un reto y algo muy gartificante.

Hemos tenido una muy buena acogida por parte de todos los colegios (Mosqueruela, Linares y Valdelinares), tanto por parte de los maestros y alumnos.

Los maestros nos han agradecido la implementacion de este taller nos han extresado que les gustaria que continuaramos con este proyecto o similares.

Todos los niños se han aprendido la cancion del RCP.

Tenian mucha curiosidad de ver y tocar manipular (los maniquis) de las practicas, estuvieron entusiasmados de realizar las practicas.

Concluimos que todas las personas podemos salvar una vida incluso un niño.

Es necesario tener la formacion adecuada y los conocimientos respectivos de que hacer y como actuar ante una persona inconciente o RCP.

Estos conocimientos en edad escolar nos puede ayudar a salvar muchas vidas.

El profesorado y sus alumnos nos han expresado un gran interes por esta actividad.

7. OBSERVACIONES.

Queremos darle una continuidad a este proyecto debido al gran interes expresado por parte de sus maestros y alumnos por el conocimiento de este taller.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/472 ===== ***

Nº de registro: 0472

Título
NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS

Autores:
COBOS COBOS JOSE MARCELO, TENA CAMPOS MARCOS, SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN, OLIVAS GUILLEN VALERIANO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0472

1. TÍTULO

NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MOSQUERUELA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es importante desde el principio de la vida que los más pequeños se familiaricen y adquieran habilidades de conceptos y prácticas elementales para detectar situaciones de compromiso vital.

RESULTADOS ESPERADOS

La población infantil conocerá los eslabones de la cadena de supervivencia, así como las maniobras básicas de reanimación y saberlas poner en práctica.

MÉTODO

Se realizarán reuniones de equipo para preparar talleres dirigidos a la población seleccionada.

INDICADORES

Se registrará el número de asistentes al taller teórico práctico así como el número de reuniones realizadas entre los miembros del equipo.

DURACIÓN

El proyecto se iniciará a partir de mayo-2018 y se repetirá los años sucesivos durante el calendario escolar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0472

1. TÍTULO

NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS

Fecha de entrada: 05/02/2020

2. RESPONSABLE MARCELO COBOS COBOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MOSQUERUELA
· Localidad MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORNIQUEL AGUDO FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Continuando con el proyecto emprendido el año anterior, en esta ocasión iniciamos con una reunión con la directora del Colegio de Mosqueruela, quien es la directora del resto de colegios de la zona (Linares de Mora y Puerto Mingalvo). En esta reunión realizamos un planning para determinar los días en que impartiríamos las sesiones. La Directora nos manifestó que esta muy contenta por la realización de las mismas y que tanto ella, como el personal docente y los padres de familia, desean que sigamos impartiendo estas sesiones que son de gran importancia para los niños.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Luego de realizar las sesiones, mantuvimos una charla distendida con los niños y pudimos observar que la mayor parte de los conocimientos impartidos habían llegado y lo habían asociado perfectamente, como por ejemplo a qué número telefónico tienen que llamar en caso de una emergencia, y frente a ella como tienen que actuar, qué es lo primero que se tiene que realizar al encontrarse frente a una urgencia, reconocer si una persona está inconsciente, posición adecuada de un paciente en una urgencia y maniobras adecuadas de primeros auxilios. Todos los niños participaron activamente en las practicas, son muy activos y colaboradores, además intentan ayudar y enseñar a sus compañeros que por temor a vergüenza no quisieron realizar la practica de masaje cardíaco (RCP). Al terminar cada sesión en los colegios, los maestros que se encontraban presentes nos agradecieron y nos pidieron impartir un taller que estuviese enfocado a ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por nuestra parte es muy satisfactoria ya que hemos cumplido con todas o gran parte de las expectativas que tenemos en este proyecto.
De la misma forma nos ha permitido observar algunos errores y lo cambiaremos para poder llegar de una mejor forma a los alumnos.
Es muy importante recordar a los alumnos estos conocimientos y técnicas para que de esta forma puedan actuar de forma adecuada ante una urgencia.
Por otra parte varios de los maestros hablaron con nosotros y nos solicitaron que si podemos enseñarles a ellos también clases de primeros auxilios y como poder actuar frente a varias situaciones de urgencias como por ejemplo un (atragantamiento, una crisis epiléptica, etc).
Eso nos a motivado para este nuevo año planificar y poner en marcha un nuevo proyecto que esta dirigido para los maestros.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/472 ===== ***

Nº de registro: 0472

Título
NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS

Autores:
COBOS COBOS JOSE MARCELO, TENA CAMPOS MARCOS, SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN, OLIVAS GUILLEN VALERIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MOSQUERUELA

TEMAS

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

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0472

1. TÍTULO

NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es importante desde el principio de la vida que los más pequeños se familiaricen y adquieran habilidades de conceptos y prácticas elementales para detectar situaciones de compromiso vital.

RESULTADOS ESPERADOS

La población infantil conocerá los eslabones de la cadena de supervivencia, así como las maniobras básicas de reanimación y saberlas poner en práctica.

MÉTODO

Se realizarán reuniones de equipo para preparar talleres dirigidos a la población seleccionada.

INDICADORES

Se registrará el número de asistentes al taller teórico práctico así como el número de reuniones realizadas entre los miembros del equipo.

DURACIÓN

El proyecto se iniciará a partir de mayo-2018 y se repetirá los años sucesivos durante el calendario escolar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0237

1. TÍTULO

DIABETES. HABILIDADES, CUIDADOS Y PREVENCION DE COMPLICACIONES

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE MARCOS TENA CAMPOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MOSQUERUELA
· Localidad MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAS GUILLEN VALERIANO
SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de todo el año en consulta se van repasando y rellenando junto al paciente el plan personal, aclarando dudas y haciendo hincapié en la dieta que deben realizar, cuidados de los pies, así como la inspección de los mismos incidiendo en la importancia del ejercicio físico.
Se realiza una reunión de equipo para plantear a todos los miembros del mismo el proyecto que se va a realizar y los objetivos a alcanzar. Se fija la fecha para la realización de las charlas el 15 de Mayo.
Se realizan dos charlas ; una en Mosqueruela al que acuden pacientes y cuidadores, asistiendo un total de 20 personas (12 cuidadores y 8 pacientes).
Se inicia con una lluvia de ideas para promover feed-back y colaboración de los participantes.
Tras ello se expone un powerpoint y para fomentar la participación se construyen una pirámide alimenticia entre todos. Seguidamente se pone un video demo del cuidado de los pies y tras dejar un tiempo de dudas y tiempo de dudas y preguntas se pasa un cuestionario de 10 preguntas con 4 ítems de los cuales sólo uno es verdadero.
En Linares de Mora se realiza la misma sesión por la tarde a la que acuden 15 personas (6 pacientes y 9 cuidadores).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mosqueruela: 12 cuidadores: -5.....4 errores

-2..... 0 errores

-3.....5 errores

-2.....1 error

La edad de estos cuidadores está comprendida entre 50 y 60 años.

8 pacientes: -1.....4 errores

-3.....5 errores

-2.....2 errores

-2.....1 error

Linares de Mora: 9 cuidadores: -6.....0 errores

-1.....2 errores

-2.....3 errores

La edad de los cuidadores en esta ocasión va de 55 a 65 años.

6 pacientes: -4.....0 errores

-2.....1 error

Tras solicitud de analíticas a pacientes diabéticos en los primeros 6 meses del año y analítica en Diciembre se obtienen los siguientes resultados:

JUNIO Mosqueruela: hemoglobina glicosilada 32,35 %, microalbuminuria 9,09%, filtrado

glomerular 6,06 %.

DICIEMBRE Mosqueruela: hemoglobina glicosilada 26,4 %, microalbuminuria 8,82 % y filtrado

glomerular 5,88%.

El % indica pacientes diabéticos con cifras fuera de rango.

JUNIO Linares de Mora: hemoglobina glicosilada 13,33 %, microalbuminuria 13,33 %, filtrado

glomerular 20 %.

, DICIEMBRE Linares de Mora: hemoglobina glicosilada 26,6 %, microalbuminuria 13,33%, filtrado glomerular 6,67 %.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante la realización de las charlas se observa buena colaboración y participación de los usuarios, hay que tener en cuenta que se trata de un centro muy pequeño en el que la población a la que va dirigida este proyecto es longeva con difícil acceso al Centro de Salud en el caso de Mosqueruela y al Ayuntamiento en el caso de Linares de Mora.

7. OBSERVACIONES.

Como se puede observar en los resultados obtenidos se aprecia un aumento de la hemoglobina glicosilada en los pacientes diabéticos en los pacientes de Linares de Mora en la analítica del mes de Diciembre. Se trata de dos pacientes que no se realizaron la analítica en Diciembre por motivos personales.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/237 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0237

1. TÍTULO

DIABETES. HABILIDADES, CUIDADOS Y PREVENCION DE COMPLICACIONES

Nº de registro: 0237

Título
DIABETES. HABILIDADES, CUIDADOS Y PREVENCION DE COMPLICACIONES

Autores:
TENA CAMPOS MARCOS, SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN, OLIVAS GUILLEN VALERIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MOSQUERUELA

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
Los pacientes diabéticos demandan en consulta información sobre alimentación adecuada y cuidados generales para el manejo de su enfermedad. Detectamos que hay materias como la higiene de los pies, la forma de cortar las uñas y la presencia de callosidades, que no son atendidas adecuadamente en estos pacientes. También creemos importante educar sobre la importancia de un calzado y prendas de vestir adecuadas. Además, nos parece interesante hacer hincapié en una dieta adecuada en cuanto a cantidad de hidratos de carbono y su reparto a lo largo del día.

RESULTADOS ESPERADOS
-Emponderar a los pacientes para aumentar los conocimientos y adquirir habilidades en el manejo y cuidado de la diabetes.
-Mantener las cifras de Hb1A en rango en los pacientes que presentan buenos resultados y mejorar las cifras de los que no.
-Mejorar las cifras de microalbuminuria actuales así como los valores de filtrado glomerular.

MÉTODO
-Los pacientes diabéticos realizarán un cuestionario/entrevista de 10 preguntas sobre el tema, con 4 posibles respuestas, de las cuales, una será la correcta. sobre el manejo, riesgos, alimentación y medidas higiénico sanitarias de la diabetes.
-Los miembros del equipo desarrollarán un cuestionario para los pacientes.
-Realizaremos una charla con ayuda de un powerpoint, previa lluvia de ideas.
-Crearemos una pirámide alimenticia en colaboración con los asistentes (feed-back).
-Se expondrá un video demostrativo sobre el cuidado de los pies: higiene, cortado de uñas y correcto secado.

INDICADORES
-Se registrará el número de pacientes a los que se les entrega el cuestionario, el número de reuniones realizadas.
-Valorar la mejora de conocimientos de diabetes por medio del test de evaluación.
-Se medirá el cumplimiento del objetivo por medio de analíticas periódicas a este grupo de pacientes.

DURACIÓN
El proyecto comenzará en marzo del 2019 y finalizará en diciembre del 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 - 2019/0238

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS DE PREVENCION DE LA OBESIDAD INFANTIL

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN SANCHEZ SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MOSQUERUELA
· Localidad MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAS GUILLEN VALERIANO
TENA CAMPOS MARCOS
MONTERO PEREZ ASCENSION
BORNIQUEL AGUDO FERNANDO
SARASA CANTAN PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza una reunión de equipo el 15 de Marzo del 2019 en la que se plantea el proyecto de calidad de atención comunitaria que se va a realizar.

Entre todo el equipo presente en la reunión se confecciona un breve cuestionario con 10 preguntas tipo test todas ellas con 4 items, de los cuales sólo una respuesta es verdadera. Una vez confeccionado se distribuirá entre las personas asistentes a la charla.

El medio de difusión empleado será a través de Mosqueruela informa y en Linares de Mora con carteles en los establecimientos y en el consultorio local.

Se fijan dos fechas; 15 de Mayo en Mosqueruela y 17 Mayo en Linares de Mora, ambas charlas se realizan por la mañana antes de las consultas.

La charla se introduce con una lluvia de ideas para fomentar la participación de los asistentes, seguidamente se expone un power point que incluye la importancia de la realización de ejercicio físico haciendo hincapié en el aumento de utilización de video juegos y youtube entre los niños escolares y adolescentes de la zona.

Se explica a los padres también la importancia de dosificar el tiempo dedicado a estos juegos, ya que potencia el sedentarismo y la obesidad.

Se expone el contenido de una dieta mediterránea saludable y los nutrientes incluidos en la misma.

Trás la exposición que dura 40 minutos se deja un tiempo para preguntas y dudas concluyendo con la entrega del cuestionario tipo test.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En Mosqueruela asisten 25 personas de edades comprendidas entre 25 y 65 años, todas de sexo femenino.

En Linares de Mora asisten 15 personas, de edades entre 25 y 70 años, de ellas sólo dos varones.

Los resultados son los siguientes:

Mosqueruela; 10 personas.....0 errores

7 personas.....2 errores

5 personas.....1 error

1 persona.....4 errores

2 personas.....3 errores

Linares de Mora; 6 personas.....0 errores

3 personas.....2 errores

4 personas.....3 errores

1 persona.....4 errores

1 persona.....5 errores

Durante la charla el grado de implicación de los familiares es bastante aceptable y colaboran en todo momento. Les interesa mucho la salud de sus hijos y preguntan en varias ocasiones por "el colesterol " ya que en esta zona se dan cifras elevadas de este parámetro en los controles analíticos en la población adulta.

Se comentan también las raciones proteicas que ha de contener la dieta así como el origen de las mismas. (en esta zona no hay pescaderías y las proteínas son casi todas de origen vacuno o de cerdo).

Tras pasar por el colegio y hablar con los profesores nos dicen que un día a la semana los alumnos llevan fruta para desayunar para fomentar la dieta saludable.

De un total de 75 niños de 3 a 15 años que engloba todo el Centro de Salud se extrapolan los siguientes datos de OMI relacionados con el IMC.

Se distribuye por sexo y edad. Se extraen los datos de Mayo y Diciembre de 13 a 15 años. 19 niños obteniendo una mediana de 19,77 de IMC. Y de 14 niñas 25,8 de IMC. Obtenemos aquí datos de sobrepeso en las niñas.

De 6 a 12 años hay 19 niños con una mediana de 19,2 de y de 9 niñas mediana de 20.

Observamos que en esta franja de edad todos los niños se encuentran en normopeso.

Por último en los más pequeños de 3 a 6 años de 6 niñas obtenemos una mediana de 18 de IMC y de 5 niñas un valor de 17,6 de IMC.

En esta edad también se hallan en normopeso.

Los datos son extraídos de OMI en el mes de Diciembre.

En marzo al comienzo del estudio el grupo de edad de niñas de 12 a 15 años tienen

un IMC que alcanza hasta 26. En niñas de 6 a 12 años 21,3 IMC.

Los niños se hallan en normopeso en todas las edades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se observa a través de datos recogidos de OMI que las cifras de IMC disminuyen en Diciembre encontrando el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0238

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

normopeso en todas las franjas de edad y sexo llevadas a estudio en este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

Al inicio del proyecto sólo hay tres miembros del equipo que quieran participar en el mismo, pero tras varias reuniones el grupo de EAC del centro se compromete a la recogida de datos de OMI así como en el estudio final del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/238 ===== ***

Nº de registro: 0238

Título
ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

Autores:
SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN, TENA CAMPOS MARCOS, OLIVAS GUILLEN VALERIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MOSQUERUELA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los padres se desvían de los hábitos saludables de la alimentación y evidencian la necesidad de educación alimentaria para un correcto estado nutricional de sus hijos/as, ya que hemos observado que los niños no realizan las cinco comidas diarias y además se percibe una carencia en el consumo de frutas y verduras frescas en su dieta. Además en controles de peso y talla infantil, se obtienen valores en los indicadores que evidencian un sobrepeso en muchos de ellos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Concienciar y explicar a los padres de la importancia de una dieta equilibrada en la primeras etapas de la vida para adquirir hábitos saludables, estableciendo unos indicadores acordes a los valores normales para su edad y talla.
-Promoción de la dieta mediterránea combatiendo la publicidad obesígena.
-Incrementar las horas de ejercicio físico semanales.
-Aumentar los conocimientos acerca de la pirámide de los alimentos.

MÉTODO
Se realizarán reuniones de equipo para preparar los talleres dirigidos a la población seleccionada, que consistirán en organizar una charla en la que, previa lluvia de ideas, se introducirá el tema a tratar y se valorarán los conocimientos de los padres respecto a la alimentación saludable. Posteriormente se dará paso a la exposición de un powerpoint explicativo, y se responderán las dudas e inquietudes que se planteen.

INDICADORES
-Se registrará el número de asistentes a las charlas, así como el número de reuniones realizadas.
-Anotaremos los conocimientos adquiridos por los asistentes al finalizar mediante un cuestionario tipo test, con 4 opciones, de las cuales solo una será correcta. El objetivo será recoger un resumen de las ideas principales mostradas en la exposición.

DURACIÓN
El proyecto comenzará en marzo del 2019 y finalizará en diciembre del 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0238

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS DE PREVENCION DE LA OBESIDAD INFANTIL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1187

1. TÍTULO

MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA RELIZACION DE ESPIROMETRIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES RUBIO SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA

CALVO GARCIA FRANCISCO

LATASA LATORRE PILAR

LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- CURSO DE FORMACIÓN A LOS PROFESIONALES DEL EAP
- SELECCIÓN DE PACIENTES
- DESIGNAR A LA PERSONA ENCARGADA DE REALIZAR LA ESPIROMETRÍA
- CREAR EN OMI LA AGENDA PARA TAL FIN
- DESIGNAR EL LUGAR PARA LA RALIZACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA
- SOLICITUD A FARMACIA DEL MATERIAL NECESARIO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

NO SE HA PODIDO INICIAR LA REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS POR FALTA DE ADQUISICIÓN DEL NUEVO ESPIRÓMETRO (EL ESPIRÓMETRO DEL CENTRO NO FUNCIONABA). SUGERIMOS LA POSIBILIDAD DE ALARGAR EL PROYECTO DURANTE EL 2018 SUPEDITADO A LA FECHA DE ADQUISICIÓN TEMPRANA DEL NUEVO ESPIRÓMETRO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

NOS PARECE IMPORTANTE CONTINUAR CON EL PROYECTO DURANTE EL 2018 PARA PODER MEJORAR EL INFRADIAGNÓSTICO DE EPOC EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1187 ===== ***

Nº de registro: 1187

Título
MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS

Autores:
RUBIO SERRANO MARIA DOLORES, SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA, CALVO GARCIA FRANCISCO, LATASA LATORRE PILAR, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

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 PREVALENCIA DE EPOC EN LA POBLACIÓN ES MAYOR EN PACIENTES FUMADORES ENTRE 40 Y 80 AÑOS CUYO ÍNDICE TABÁQUICO ES MAYOR O IGUAL A 10. SE TRATA DE MEJORAR LA DETECCIÓN E INFRADIAGNÓSTICO DE EPOC A TRAVÉS DE REALIZACIÓN Y REGISTRO DE ESPIROMETRÍAS

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL: AUMENTO DE DETECCIÓN DE EPOC MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS A PACIENTES FUMADORES ENTRE 40 Y 80 AÑOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1187

1. TÍTULO

MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA RELIZACION DE ESPIROMETRÍAS

MÉTODO

1. CURSO DE FORMACIÓN EN ESPIROMETRÍAS PARA LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO.
2. SELECCIÓN DE PACIENTES QUE CUMPLAN EL CRITERIO
3. DESIGNAR LA PERSONA ENCARGADA DE REALIZACIÓN DE LAS ESPIROMETRÍAS
4. CREAR AGENDA EN OMI PARA TAL FIN (DOS ESPIROMETRÍAS LOS VIERNES DE 12 A 13 H)
5. DESIGNAR EL LUGAR PARA SU REALIZACIÓN.
6. SOLICITUD A FARMACIA DEL MATERIAL NECESARIO
7. REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS
8. INTERPRETACIÓN DE LAS MISMAS

INDICADORES

1. N° TOTAL DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS EN FUMADORES ENTRE 40 Y 80 AÑOS AL AÑO / N° TOTAL DE PACIENTES FUMADORES ENTRE 40 Y 80 AÑOS X 100
2. % DE ESPIROMETRÍAS PATOLÓGICAS / TOTAL DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS

DURACIÓN

1. CURSO DE FORMACIÓN EN ESPIROMETRÍAS PARA LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO: 15 DE MAYO 2017
2. SELECCIÓN DE PACIENTES QUE CUMPLAN EL CRITERIO: ABRIL 2017
3. DESIGNAR LA PERSONA ENCARGADA DE REALIZACIÓN DE LAS ESPIROMETRÍAS: JOSE ANTONIO LÁZARO
4. CREAR AGENDA EN OMI PARA TAL FIN (DOS ESPIROMETRÍAS LOS VIERNES DE 12 A 13 H): 22 DE MAYO 2017
5. DESIGNAR EL LUGAR PARA SU REALIZACIÓN: CONSULTA DE PEDIATRÍA
6. SOLICITUD A FARMACIA DEL MATERIAL NECESARIO: 22 MAYO 2017
7. REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS: A PARTIR DEL 22 MAYO 2017
8. INTERPRETACIÓN DE LAS MISMAS
9. FECHA DE INICIO PROYECTO: 1 DE JUNIO
10. FECHA FIN PROYECTO: 15 DE DICIEMBRE 2017

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 - 2016/1191

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION, REVISION Y REPOSICION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE EN C.S. DE SANTA EULALIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE NATIVIDAD SONIA SEBASTIAN CHECA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
- Localidad SANTA EULALIA DEL CAMPO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUBIO SERRANO MARIA DOLORES
CALVO GARCIA FRANCISCO
LATASA LATORRE PILAR
LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Elaborar listados de medicación de maletín y coche (Excel)
- Establecer turno rotatorio de revisión mensual del maletín y material adicional del coche por todos los profesionales del EAP .
- Registro de cada revisión de ambos.
- Sesiones formativas:
Octubre 2017: RCP básica y avanzada
Noviembre 2017: hipoglucemia
Diciembre 2017: urgencia HTA
Enero 2018: repaso código ICTUS y código INFARTO.
- Se pasa encuesta de satisfacción a los compañeros del EAP que es satisfactoria en todos los casos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Impacto del proyecto: como partíamos de no tener maletín de urgencias como tal ni material adicional en el coche reglado en nuestro centro de salud, la valoración del proyecto por todos los miembros del AEP es muy positiva, nos da tranquilidad en la urgencia, sabemos que las fechas de caducidad están correctas y revisadas, que no se olvida ninguna medicación,..etc en resumen se ha mejorado la atención urgente de los pacientes en nuestro centro de salud.
- Fuentes y método: mediante hoja excel se registra medicación y caducidades y a través de sesiones clínicas sacadas de las últimas guías de recomendación de urgencias nos hemos reciclado todos los compañeros.
- Nos parece un proyecto sostenible y fácil de continuar para el buen funcionamiento del centro y con posibilidad de replicación del mismo de ahora en adelante.
- Indicadores:
100% de revisiones del maletín y material adicional realizadas respecto de las programadas.
-100% del registro del correcto funcionamiento mensual del desfibrilador, ambu y laringo realizado.
-100% de las sesiones clínicas programadas están realizadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIÓN:
- CONSIDERAMOS QUE CON LA IMPLEMENTACION, REVISIÓN Y REPOSICIÓN DEL MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE Y MALETIN DE URGENCIAS HA MEJORADO Y ES DE MAYOR CALIDAD LA ATENCIÓN AL PACIENTE URGENTE EN NUESTRO CENTRO DE SALUD. ESTAMOS MUY SATISFECHOS CON LOS RESULTADOS Y STANDARES ALCANZADOS, SE HAN CUMPLIDO LOS INDICADORES PREVISTOS Y ADEMÁS ES UN PROYECTO QUE AUNQUE FINALIZADO SIGUE SIENDO SOSTENIBLE EN EL TIEMPO Y REPLICABLE EN CUALQUIER OTRO CENTRO DE SALUD.
-TAMBIEN HEMOS IMPLEMENTADO EL CARRO DE PARADAS ESTE AÑO EN LA SALA DE URGENCIAS, EL CUAL ESTAMOS TAMBIEN REGISTRANDO LA MEDICACION Y CADUCIDAD DEL MISMO PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO (SIGUIENDO SIMILAR HOJA EXCEL)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1191 ===== ***

Nº de registro: 1191

Título
IMPLEMENTACION, REVISION Y REPOSICION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA

Autores:
SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA, RUBIO SERRANO MARIA DOLORES, CALVO GARCIA FRANCISCO, LATASA LATORRE PILAR, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1191

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION, REVISION Y REPOSICION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE EN C.S. DE SANTA EULALIA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

LA ATENCIÓN DOMICILIARIA ES UNA DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PERSONAL SANITARIO. EN NUESTRO MEDIO LA ATENCION PRIMARIA ATIENDE LAS LLAMADAS URGENTES DE PACIENTES DESDE LOS DOMICILIOS, Y TAMBIÉN PUEDE SER REQUERIDA PARA ATENDER URGENCIAS EN LA VÍA PÚBLICA A LOS CUALES EL 061 NO PUEDE ATENDER EN ESE MOMENTO POR SATURACIÓN O CONSIDERA QUE DESDE EL C.S. MAS PRÓXIMO SE PUEDEN ATENDER LA MISMA.

POR TODO ELLO PLANTEAMOS QUE DEBE EXISTIR EN NUESTRO CENTRO DE SALUD UN MALETIN DE URGENCIAS CON LA MEDICACION ADECUADA AL IGUAL QUE UN MATERIAL ADICIONAL ACORDE Y CORRECTAMENTE ACTUALIZADO A LA VARIADA PATOLOGIA QUE NOS PODEMOS ENCONTRAR.

RESULTADOS ESPERADOS OBJETIVOS:

GENERAL: GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE UNA ATENCIÓN SANITARIA URGENTE DE CALIDAD A LA POBLACIÓN DEL C.S. DE SANTA EULALIA.
ESPECÍFICOS:

1. ESTABLECER UN MECANISMO DE REVISIÓN Y REPOSICIÓN DE LOS ELEMENTOS INCLUIDOS EN EL MALETÍN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE, ASÍ COMO LA COMPROBACIÓN DEL CORRECTO ESTADO Y FUNCIONAMIENTO DEL MATERIAL SANITARIO, DEJANDO CONSTANCIA DE LA ACTIVIDAD REALIZADA.

2. REVISAR Y ACTUALIZAR LA RELACIÓN DEL MATERIAL SANITARIO Y LOS MEDICAMENTOS NECESARIOS

MÉTODO

1. ESTABLECER TURNO ROTATORIO PARA LA REVISION MENSUAL DEL MALETIN Y MATERIAL DEL COCHE, DE MANERA QUE TODOS LOS PROFESIONALES SE FAMILIARICEN CON EL PROCESO.

2. ELABORAR UN LISTADO SE MEDICAMENTOS DE MALETIN Y MATERIAL DEL COCHE. (HOJA EXCEL).

3. REGISTRO DE CADA REVISION REALIZADA (FECHA DE REVISION, PERSONAL QUE LA REALIZA Y FIRMA, EXISTENCIAS, CADUCIDAD, REPOSICION Y FUNCIONAMIENTO) MEDIANTE LA ELABORACION DE UNA HOJA DE REVISION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y OTRA DEL MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE.

INDICADORES

LA EVALUCION DEL PROYECTO DE MEJORA SE LLEVARA A CABO CADA AÑO SEGUN EL CRITERIO:

Nº DE REVISIONES FIIRMADAS EN LA HOJA DE REGISTRO (MALETIN DE URGENCIAS)X 100/ Nº TOTAL DE REVISIONES.

Nº DE REVISIONES FIIRMADAS EN LA HOJA DE REGISTRO (MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE)X 100/ Nº TOTAL DE REVISIONES.

REGISTRO DE LA REVISION DEL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL DESFIBRILADOR.

REGISTRO DE LA REVISION DEL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL LARINGOSCOPIO.

DURACIÓN

DURACION Y CALENDARIO PREVISTOS:

-ABRIL 2017: ELABORAR LISTADO DE MEDICACION DEL MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE Y HOJAS DE REGISTRO DE REVISION Y CONTINUAR CON EL MALETIN URGENCIAS.

-MAYO 2017: CONTINUAR CON LAS SESIONES REGLADAS Y REGISTRADAS DEBIDAMENTE.

-SESIONES FORMATIVAS: 1ª JUNIO 2017, 2ª OCTUBRE 2017, 3ª NOVIEMBRE 2017Y 4ª 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 - 2018/0256

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD: MANEJO DE LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES RUBIO SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COSCULLUELA AISA MARIA
LATASA LATORRE DOLORES PILAR
ROMAN NOGUERAS MERCEDES
GIL MALO INMACULADA
BLAS GOMEZ CONSUELO
CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER
LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Las encuestas para valorar los conocimientos de los cuidadores. Hemos realizado una encuesta con 9 preguntas de tipo test con 3 opciones (solo una de ellas válida).

2.- Folletos informativos en varios idiomas (Castellano, rumano y árabe), de los síntomas más frecuentes en niños (gastroenteritis aguda, catarro de vías altas, fiebre y vómitos) y manejo domiciliario de éstos (por ejemplo como evitar la deshidratación en gastroenteritis aguda, alimentación, qué hacer en casa en caso de fiebre, cuándo acudir a urgencias, etc).

Tanto las encuestas como los folletos informativos se elaboraron según calendario previsto.

3.- Hemos entregado las encuestas previas y los folletos informativos en el idioma del cuidador a los niños que acuden a las consultas, principalmente en pediatría. Las fechas de entrega de las encuestas se ha retrasado hasta octubre para poder abarcar mayor población.

4.- Hemos realizado la encuesta final a los cuidadores para evaluar los conocimientos adquiridos y la encuesta de satisfacción global y hemos solicitado a los cuidadores propuestas de necesidades para futuras intervenciones. También la segunda encuesta se retrasó hasta noviembre.

5.- En diciembre se realizó la evaluación y recopilación de propuestas para próximas intervenciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han entregado 12 encuestas previas, dos de ellas no las han respondido.

De los cuidadores que realizaron la encuesta, han realizado la encuesta final 7 cuidadores, todos ellos excepto uno han mejorado en sus conocimientos.

Se observa satisfacción por parte de los usuarios y hemos recibido alguna propuesta interesante para futuras intervenciones (actuación y prevención de accidentes en el hogar, consejos sobre alimentación saludable). El proyecto les ha parecido muy interesante.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración tanto de los cuidadores como del equipo ha sido muy positiva.

En el futuro se podría ampliar el proyecto con algún otro síntoma o problema sanitario frecuente que proponga el equipo y siguiendo los consejos de los cuidadores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/256 ===== ***

Nº de registro: 0256

Título
EDUCACION PARA LA SALUD: MANEJO DE LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

Autores:
RUBIO SERRANO MARIA DOLORES, LATASA LATORRE DOLORES PILAR, COSCULLUELA AISA MARIA, ROMAN NOGUERAS MERCEDES, GIL MALO INMACULADA, BLAS GOMEZ CONSUELO, CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación Sanitaria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0256

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD: MANEJO DE LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- 1.- Se observa en las consultas de pediatría, así como en atención continuada, un número elevado de consultas por síntomas que pueden ser manejados por los cuidadores de forma domiciliaria.
- 2.- Dado el porcentaje de población extranjera con la que a veces es difícil entenderse, planteamos hacer folletos informativos en varios idiomas.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.-Dotar de conocimientos a los cuidadores habituales de niños en edad preescolar de los síntomas más frecuentes
- 2.-Disminuir la frecuentación en los servicios sanitarios
- 3.-Conocer signos de alarma
- 4.-Romper la barrera del idioma

MÉTODO

- 1.- Realizar encuestas para valorar los conocimientos de los cuidadores.
- 2.-Elaboración de folletos informativos en varios idiomas, de los síntomas más frecuentes en niños y manejo domiciliario de éstos
- 3.-Los folletos se entregarán en las consultas del centro de salud, por parte del personal sanitario, con ocasión de revisiones, vacunas, servicio de urgencia, etc.
- 4.- Encuesta final para evaluar conocimientos adquiridos.
- 5.- Encuesta de satisfacción global.

INDICADORES

Nº de personas a las que se les ha entregado folletos / niños en edad preescolar.
Mejoría de los conocimientos adquiridos comparando la encuesta primera con la final.
Análisis descriptivo sobre la satisfacción del usuario y de los componentes del equipo.

DURACIÓN

Mayo 2018 : elaboración de encuestas y folletos
Junio 2018: comenzar reparto
Octubre 2018: realizar la 2ª encuesta.
Diciembre 2018: evaluación y recopilación de propuestas de necesidades por los cuidadores para futuras intervenciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0262

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE DATOS DE PACIENTES REGISTRADOS EN OMI-AP(DOMICILIO, TELEFONO, PERSONA DE CONTACTO) EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO-TERUEL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES BUJEDA DOÑATE
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LATASA LATORRE DOLORES PILAR
RUBIO SERRANO MARIA DOLORES
LAZARO BELLA JOSE ANTONIO
FUSTER OMEDES ANGEL
CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER
ROMAN NOGUERAS MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se colocan carteles en el mostrador del Centro de Salud y en los Consultorios Locales advirtiendo de la necesidad de actualizar los datos de localización de los pacientes, sobre todo en caso de Urgencia. Se repasan los datos de los pacientes que acuden tanto a consulta, a mostrador de Admisión, y por teléfono (por los miembros del EAP) para su complementación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al 10% de la población de nuestro Centro se le ha completado dicha información sobre todo persona de contacto (parentesco, telefono y dirección si ha sido posible),este es un campo que solo figura en OMI-AP, no en BDU; Se trata de una dato muy importante y a tener en cuenta dada la avanzada edad de la población y que muchos de los pacientes viven solos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos necesaria la prórroga de este Proyecto para ampliar cobertura dado que nos parece un Dato importante para la mejor atención de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/262 ===== ***

Nº de registro: 0262

Título
ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE PACIENTES REGISTRADOS EN OMI (DOMICLIO, TELEFONO, PERSONA DE CONTACTO) EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO (TERUEL)

Autores:
BUJEDA DOÑATE MARIA ANGELES, LATASA LATORRE DOLORES PILAR, RUBIO SERRANO MARIA DOLORES, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO, FUSTER OMEDES ANGEL, CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER, ROMAN NOGUERAS MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Observación de falta de datos, o datos erróneos en el registro de OMI, con el consiguiente retraso en la localización de los pacientes, y sobre todo en casos de urgencia, al no constar la persona de contacto.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0262

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE DATOS DE PACIENTES REGISTRADOS EN OMI-AP(DOMICILIO, TELEFONO, PERSONA DE CONTACTO) EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO-TERUEL

Corregir o actualizar datos de los usuarios, para una mejor gestión de la actividad del Centro de Salud.

MÉTODO

La administrativa del Centro, repasará los datos de los usuarios cuando estos accedan al centro, bien en persona o por teléfono.

El personal sanitario repasará los datos de los pacientes en OMI y ante la falta o error de ellos, los remitirá a la administrativa para actualizarlos.

Poner carteles en todo el Centro y consultorios locales bien visibles avisando a la población de la necesidad de actualizar sus datos de localización.

INDICADORES

Listado de todos los usuarios rectificadas.

DURACIÓN

Abril a Diciembre 2018. Desarrollo del programa.

Diciembre 2018. Evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0729

1. TÍTULO

DETECCION DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE DOLORES PILAR LATASA LATORRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUBIO SERRANO MARIA DOLORES
CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER
LAZARO BELLA JOSE ANTONIO
SEBASTIAN CHECA SONIA NATIVIDAD
FUSTER OMEDES ANGEL
ROMAN NOGUERAS MERCEDES
ABAD POLO LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Curso de formación de Espirometrías para todos los profesionales del EAP, designando una persona encargada de realizar las Espirometrías.
2- Se habilita consulta multiusos en horario y día de agenda creada.
3- Crear la Agenda en OMI-AP :un día a la semana para llevarlas a cabo.
4- Captación de personas fumadoras en la consulta de Medicina, ofreciendo la posibilidad de realización de Espirometrías para detección precoz de EPOC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el comienzo del Proyecto en Junio de 2018 hasta 15 de Diciembre de 2018 se han realizado: 0,34% de Espirometrías a la población fumadora que ha acudido a consulta; esto es:
16 espirometrías de las cuales 2 no valorables por mala técnica o esfuerzo insuficiente
13 normales y 1 patológica con un patrón obstructivo. Estas cifras corresponden a 0,06% de Espirometrías patológicas por número de Espirometrías realizadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Bajos resultados alcanzados debido a la poca frecuentación de la consulta por este tipo de pacientes, al disponer de poco tiempo para realización del Proyecto, por no disponer antes de Espirómetro, ni de la medicación necesaria, para hacer la prueba postbroncodilatadora.
Por todo esto pensamos que sería necesario continuar con este Proyecto un año más.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/729 ===== ***

Nº de registro: 0729

Título
DETECCION DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA RELIZACION DE ESPIROMETRIAS

Autores:
LATASA LATORRE DOLORES PILAR, RUBIO SERRANO MARIA DOLORES, CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO, SEBASTIAN CHECA SONIA NATIVIDAD, FUSTER OMEDES ANGEL, ROMAN NOGUERAS MERCEDES, ABAD POLO LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0729

1. TÍTULO

DETECCION DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS

- La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad prevenible y tratable
- .-Supone un grave problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, morbimortalidad, coste económico y social, generando un importante consumo de recursos sanitarios.
- .- El principal factor de riesgo es la exposición y/o inhalación del humo del tabaco, incluida la exposición pasiva (80-90%) de los pacientes con EPOC son fumadores
- .- En nuestra zona de salud existe un infradiagnóstico de pacientes EPOC

RESULTADOS ESPERADOS

- .-Instaurar medidas para el diagnóstico precoz de EPOC entre la población fumadora de la zona de salud
- .-Fomentar la realización del Consejo antitabáquico

MÉTODO

- .-Curso de formación en espirometrías a los profesionales del eap
- .-Selección de población susceptible para realizar espirometría
- .-Designar a la persona encargada de realizar la espirometría
- .-Crear en OMI la agenda para tal fin
- .-Designar el lugar para la realización de la espirometría
- .-Consejo antitabaco a la población fumadora que acuda a la consulta

INDICADORES

- .- N° total de espirometrías realizadas / n° total de personas fumadoras que acuden a consulta entre 40 y 79 años x 100
- .-N° total de espirometrías patológicas/n° de espirometrías realizadas
- .-N° de nuevos casos de EPOC diagnosticados

DURACIÓN

- .- Curso de formación de espirometrías: 28 de mayo
- .- Creación de agenda en omi: 22 mayo 2018
- .- Designar lugar realización: consulta multiusos
- .- Fecha de inicio proyecto: 1 de junio 2018
- .- Fecha fin proyecto: 15 de diciembre 2018
- .- Evaluación de resultados: Enero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0573

1. TÍTULO

PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE NATIVIDAD SONIA SEBASTIAN CHECA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORTIZ VILLANUEVA LOURDES
GOMEZ RAMO RAQUEL
RUBIO SERRANO DOLORES
LATASA LATORRE PILAR
LAZARO BELLA JOSE ANTONIO
CALVO GARCIA FRANCISCO
FUSTER OMEDES ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. SESION INFORMATIVA AL EAP EXPLICANDO PROYECTO, ACTA 1 ABRIL 2019.
2. CAPTACION DE LAS MUJERES SUSCEPTIBLES DE PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO: ENTRE 40 70 AÑOS DE FORMA OPORTUNISTA AL VENIR A CONSULTA MEDICA O DE ENFERMERIA DEL EAP DE SANTA EULALIA POR CUALQUIER MOTIVO, SE LES ENTREGA PARA CASA O HACE EN CONSULTA LA SIGUIENTE ENCUESTA:

-NOMBRE, APELLIDOS, POBLACION Y EDAD.
-INCONTINENCIA URINARIA:..... SI/NO
-DERIVACION MATRONA....SI/NO.
-IDENTIFICACION DEL TIPO DE INCONTINENCIA.
- TIPOS DE INCONTINENCIA: esfuerzo, urgencia, mixta, por rebosamiento, otros.... (a valorar por medico)
-GRADO DE INCONTINENCIA: LEVE, MODERADO, GRAVE
NOTA: SE REALIZA DURANTE LOS MESES DE ABRIL A OCTUBRE 2019.

3. LAS MUJERES CON PATOLOGIA DE SUELO PELVICO SE CITAN EN CONSULTA DE LA MATRONA PARA ANAMNESIS Y EVALUACION (desde abril a diciembre 2019).

-CRITERIOS DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO:

A) SENSACION DE LA MUJER: EXPRESA MEJORIA, EMPEORAMIENTO,...
B) TACTO VAGINAL: FUERZA CON LA QUE CONTRAE LA VAGINA ENTRE 0 Y 5.
C) DIFICULTAD PARA REALIZAR EJERCICIOS ENTRE 0 Y 2 (NADA, POCO O MUCHA DIFICULTAD RESPECTIVAMENTE).
D) ADHERENCIA AL TTO ENTRE 0 Y 3 (NADA, POCO, GRAN ADHERENCIA).
*SE LES RECOMIENDA VENIR A VALORACION AL MES, 6 MESES Y AL AÑO.
4. EDUCACION GRUPAL PATOLOGIA SUELO PELVICO: SE DIO CHARLA INFORMATIVA EN C.S SANTA EULALIA A LAS 18,00H EL 30 JULIO 2019 CON 24 ASISTENTES Y POSTERIOR CHARLA COLOQUIO RESOLVIENDO DUDAS, COMPARTIENDO IMPRESIONES,...ETC.
5. CREACION DE AGENDA EN OMI -SALAS SOBRE SUELO PELVICO (A MODO DE CONSULTA MONOGRAFICA) SEPTIEMBRE 2019 Y ALLI SE CITAN A LAS MUJERES EVALUADAS, 3 PACIENTES POR DIA CON carácter RETROACTIVO .
6. REEVALUACION DE LAS MUJERES según GRADO DE PROLAPSO, INCONTINENCIA HABILIDAD CON LOS EJERCICIOS (NOVIEMBRE A DICIEMBRE 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVOS MARCADOS DEL PROYECTO:

1-.PRINCIPAL: DETECCION DE LA PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN POBLACION FEMENINA DE SANTA EULALIA. (VER PREVALENCIA: 23%)
POBLACION DIANA: MUJER QUE ACUDE A CONSULTA POR CUALQUIER MOTIVO ENTRE 40-70AÑOS. (252)
2.SECUNDARIOS: DISMINUIR INCIDENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA.
MEJORAR EL GRADO DE PROLAPSO.
MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJERES EN ESE RANGO DE EDAD.

*PARTIMOS DE UNA POBLACION DE MUJERES ENTRE 40-70 AÑOS EN C.S SANTA EULALIA según LISTADO OMI FECHA 1 ABRIL 2019: 252 PACIENTES.

*DIAGNOSTICADAS PREVIAMENTE DE PATOLOGIA SUELO PELVICO (CIAP U04 Y X87) A FECHA INICIO DE PROYECTO 1 ABRIL 2019: 25 MUJERES.

*ENCUESTAS REALIZADAS: 52. DE LAS CUALES 34 TIENEN PATOLOGIA SUELO PELVICO (INCONTINENCIA URINARIA) Y 18 SANAS.

*PREVALENCIA DE PATOLOGIA SUELO PELVICO: (ENFERMOS/ TOTAL DE LA POBLACION) $25+34/252= 0,23$. (23%)

*INCIDENCIA: CASOS NUEVOS/ TOTAL DE LA POBLACION $34/252= 0,12$. (12%)

DE LAS 34 MUJERES CON PATOLOGIA SUELO PELVICO DE NUEVO DIAGNOSTICO, ACUDEN A CONSULTA DE MATRONA SOLO 8. (EL 23,5%) DE LAS CUALES 5 SOLO ACUDEN UNA VEZ A CONSULTA Y 3 RESTANTES SON REEVALUADAS HASTA 3 VECES. TODAS (100%) LAS REEVALUADAS REFIEREN MEJORIA EN CALIDAD DE VIDA E INCONTINENCIA.
DE LAS INCONTINENCIAS DETECTADAS (8 EN TOTAL), 5 SON DE ESFUERZO, 3 DE URGENCIA Y UNA DE ELLAS YA CON PROLAPSO EN EL MOMENTO DE DIAGNOSTICO. 80% SON LEVES.
POR SUPUESTO LAS MUJERES YA DIAGNOSTICADAS PREVIAMENTE DE INCONTINENCIA SIGUEN EN CONSULTA DE LA MATRONA, HACEN EJERCICIOS Y SON REEVALUADAS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0573

1. TÍTULO

PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. PATOLOGIA INFRADIAGNOSTICADA E INFRAVALORADA EN LA MUJER, PUESTO QUE SOLO EN ENCUESTA DIRIGIDA RECONOCEN INCONTINENCIA URINARIA, NO SUELEN ACUDIR A CONSULTA POR ESTE MOTIVO.
2. ESCASA VALORACION DE LA PATOLOGIA DE SUELO PELVICO COMO PROBLEMA DE SALUD, PUESTO QUE BAJO PORCENTAJE DE LAS DIAGNOSTICADAS DECIDEN ACUDIR A MATRONA (23,5%). TAMBIEN COMENTAR QUE LA MAYORIA SON INCONTINENCIAS LEVES.
3. ENCONTRAMOS A LA PATOLOGIA DE SUELO PELVICO COMO PROBLEMA ASUMIDO SOCIALMETE DURANTE GENERACIONES EN LAS MUJERES DE DETERMINADA EDAD (SOBRETODAS TRÁS LA MENOPAUSIA).
4. FALTA DE TIEMPO EN CONSULTA DEL PROFESIONAL DE MEDICINA Y ENFERMERIA HACE PASAR POR ALTO ESTE PROBLEMA.
5. MEJORIA DE LA CAPTACION DE MUJERES CON ESTA PATOLOGIA SI EL PROFESIONAL QUE LAS DIAGNOSTICA HUBIERA CITADO ACTIVAMENTE CON MATRONA, SE HAN PERDIDO GRAN MAYORIA DE PACIENTES POR EL CAMINO.
6. HAY QUE SEGUIR INCIDIENDO EN ESTE PROBLEMA DE SALUD PUESTO QUE NOS QUEDAN CASI 200 MUJERES SIN ENCUESTAR.
7. 80% DE MUJERES QUE REALIZAN EJERCICIOS DE KEGEL MEJORAN INCONTINENCIA SOBRETODAS SI ES LEVE Y DE AHI LA ELEVADA IMPORTANCIA DE LA DETECCION PRECOZ.

7. OBSERVACIONES.

SOLICITAMOS SEGUIR CON EL PROYECTO DE SUELO PELVICO PUESTO QUE QUEDAN 200 MUJERES SIN ENCUESTAR, MEJORIA IMPORTANTE DE LA PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN LAS MUJERES QUE REALIZAN EJERCICIOS DE KEGEL LO CUAL SUPONE UNA MEJORIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE ESTAS PACIENTES, DISMINUYE COSTES EN AHORRO DE RECETAS DE PAÑALES, COMPRESAS, CONSULTAS GINECOLOGICAS, DISMINUCION DE ITUS, INFECCIONES GENITALES, PESARIOS,... ETC Y COMPLICACIONES TIPO PROLAPSOS O INCONTINENCIAS GRAVES A LA LARGA.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/573 ===== ***

Nº de registro: 0573

Título
PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN CENTRO SALUD DE SANTA EULALIA

Autores:
SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA, ORTIZ VILLANUEVA LOURDES, GOMEZ RAMO RAQUEL, RUBIO SERRANO DOLORES, LATASA LATORRE PILAR, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO, CALVO GARCIA FRANCISCO, FUSTER OMEDES ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
SANTA EULALIA COMPRENDE UNA POBLACION FEMENINA MUY ENVEJECIDA, EN LA QUE ES FRECUENTE LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO COMO INCONTINENCIA URINARIA, PROLAPSO GENITAL, DISPAREUNIA, SEQUEDAD VAGINAL,....
EL DESCONOCIMIENTO GENERAL DE ESTA PATOLOGIA TAN FRECUENTE ENTRE LA POBLACION FEMENINA, REQUIERE UNA LABOR DE INFORMACION CONSTANTE Y REEDUCACION DE LA MUSCULATURA DEL SUELO PELVICO ASI COMO EL FORTALECIMIENTO DE LA MISMA QUE PUEDE REALIZARSE DESDE LA ADOLESCENCIA. POR ELLO VEMOS MUY POSITIVO LA DETECCION PRECOZ DE ESTA PATOLOGIA EN MUJERES PARA DISMINUIR LOS EPISODIOS DE INCONTINENCIA, PROLAPSO Y MEJORAR CON ELLO LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES.

RESULTADOS ESPERADOS
PRINCIPAL: DETECCION DE LA PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN POBLACION FEMENINA DE SANTA EULALIA.
POBLACION DIANA: MUJER QUE ACUDE A CONSULTA POR CUALQUIER MOTIVO ENTRE 40-70AÑOS.
SECUNDARIOS: DISMINUIR INCIDENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA.
MEJORAR EL GRADO DE PROLAPSO.
MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LAS MUJERES EN ESE RANGO DE EDAD.

MÉTODO
-REALIZACION DE SESION CLINICA AL EAP PARA COMINUCAR Y EXPLICAR EL PROYECTO DESCRITO.
-CAPTACION DE LAS MUJERES ENTRE 40-70AÑOS: TODOS LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO PREGUNTARAN A LAS MUJERES EN ESE RANGO DE EDAD POR LA PATOLOGIA DE SUELO PELVICO Y EN CASO DE DETECCTAR ALGO SE ABRIRA EPISODIO Y SE DERIVARA A MATRONA O RESPONSABLE.
-CITAR EN CONSULTA A LA MUJER PARA ANAMNESIS Y EVALUACION.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0573

1. TÍTULO

PATOLOGIA DE SUELO PELVICO EN CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA

- EDUCACION GRUPAL SOBRE PATOLOGIA SUELO PELVICO.
- REEVALUACION DE LAS MUJERES SEGUN PATOLOGIA PREVIA Y GRADO CAPACITACION EN LA REALIZACION DE EJERCICIOS. (AL MES, CADA 6 MESES, AL AÑO,...)
- VALORAR RESULTADOS OBTENIDOS.

INDICADORES

- MEJORAR LA INCONTINENCIA URINARIA. (TEST DE CONOCIMIENTOS)
 - MEJORAR EL GRADO DE PROLAPSO (EXPLORACION FISICA)
- DISMINUIR INCIDENCIA DE LA PATOLOGIA DE SUELO PELVICO.
- MEJORIA DE LA CALIDAD DE VIDA. (ENCUESTA DE SATISFACCION)

DURACIÓN

- MARZO 2019: ELABORACION DEL PROYECTO.
- ABRIL A NOVIEMBRE 2019: CAPTACION DE MUJERES ENTRE 40-70AÑOS.
- EDUCACION GRUPAL SOBRE PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO: JUNIO 2019.
- SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2019:REEVALUCION DE MUJERES según GRADO DE PROLAPSO, INCONTINENCIA, HABILIDAD CON LOS EJERCICIOS,...
- ENERO Y FEBRERO 2020: OBJETIVOS, CONCLUSIONES Y CIERRE DEL PROYECTO.

OBSERVACIONES

NINGUNA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0950

1. TÍTULO

REALIZACION INDICE TOBILLO-BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE DOLORES RUBIO SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA
GOMEZ RAMO RAQUEL
FUSTER OMEDES ANGEL
LAZARO BELLA JOSE ANTONIO
CALVO GARCIA FRANCISCO
LATASA LATORRE PILAR
BUJEDA DOÑATE MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Sesión informativa explicando el proyecto el 25 de marzo de 2019. Se explica al equipo la importancia de realizar el ITB y la exploración del pie para detectar enfermedad arterial periférica antes de que sea sintomática y como detección de alto riesgo cardiovascular. Se explica la técnica con vídeo y se dan fotocopias. Se explica la metodología a seguir según los resultados.
2.- En abril se comienza la captación de los pacientes que se realiza principalmente en consulta de enfermería cuando acuden a control de su diabetes. Se excluyen pacientes encamados y no colaboradores.
3.- Se crea una hoja de registro con el nombre del paciente, la localidad, el resultado del ITB izdo y derecho, la edad, y la fecha de citación en la agenda para poder ver de un sólo vistazo las cifras alteradas y tener localizados a los pacientes mas rápidamente.
4.- Creación de agenda de pie diabético en OMI en salas en agosto de 2019. El horario de la agenda es diario de 13 a 14 h y se citan 5 pacientes por día.
3.- Los pacientes que presenten un ITB alterado enfermería lo comenta con medicina
4.-Medicina realiza el Cuestionario de Edimburgo modificado para diagnosticar la claudicación arterial en atención primaria de salud, se interroga sobre síntomas de cardiopatía isquémica o ACV, antecedentes familiares, y otros factores de RCV.
5.-Se les informa sobre síntomas de alarma de cardiopatía isquémica o ACV
6.-Si ITB < o = 0,9 se valorará individualmente antiagregación (sobre todo en pacientes con riesgo cardiovascular intermedio: entre 10-20% según Framingham, o del 3-4% según SCORE) y siempre reforzar el control de los Factores de Riesgo:
.Cese del hábito tabáquico ofreciéndoles la posibilidad de tratamiento específico para deshabituación
.Control de HTA con cifras inferiores a 130/80 mmHg
.Control de la diabetes:alcanzar un objetivo de hemoglobina Acl glicosilada <7%
.Fármacos hipolipemiantes (estatinas):valor objetivo debe ser 70 mg/dl.
7.-En pacientes asintomáticos con un ITB entre 0,91 y 0,99 y sin presencia de otras enfermedades de origen cardiovascular, reforzar medidas de prevención RCV.
8.-En pacientes asintomáticos con un ITB superior a 1,4 reforzar medidas de prevención de riesgo cardiovascular
9.- A los pacientes que presenta del ITB <o =0,9 y síntomas de claudicación intermitente se comentan con la consulta de enfermería del HOP específica de pie diabético o se envían a cirugía para confirmar o descartar patología.
10.- Recordatorio en flash del OMI en todos los paciente que han tenido alteración del ITB tanto por encima como por debajo para reevaluación de sintomatología y refuerzo de medidas de prevención de RCV

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según los listados en el OMI, en el Centro de Salud de Santa Eulalia tenemos 147 diabéticos.
Según nuestra hoja de registro que preparamos para este proyecto, hemos realizado 83 exploraciones que incluye el ITB.
1.- Pacientes diabéticos a los que hemos realizado el ITB / n° total de diabéticos
Valor a alcanzar 50%
Hemos alcanzado el objetivo. Hemos alcanzado el 56,46%
2.- Diabéticos con ITB alterado/ n° total de ITB realizadas.
Se definió un ITB como bajo cuando su cifra era < o = 0,9. Teniendo en cuenta la posible relación de un ITB elevado (> 1,4) con una arteria de pared rígida, incompresible, afectada de arteriosclerosis, cuya presencia se ha asociado con un peor pronóstico, los valores de ITB > 1,4 también fueron evaluados como anormales
Se detectó un ITB bajo (< 0,9) en 11 sujetos, lo que supone un 13,25% de las ITB realizadas. Por otra parte, el ITB fue > 1,4, en 2 pacientes (2,4%), por lo que si se agrupan ambas situaciones, un total de 13 pacientes (15,66%) presentaban un ITB patológico.
Según el Cuestionario de Edimburgo, ningún paciente presentaba sintomatología de claudicación intermitente.
14 pacientes presentan un ITB (Bordeline)entre 0,91 y 0,99 (9,52%)
Ha habido un evento cardiovascular (IAM) durante el estudio en una paciente con ITB alterado.
3.-Número de pacientes a los que se les ha revisado el pie diabético/total diabéticos del C.S. Santa Eulalia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0950

1. TÍTULO

REALIZACION INDICE TOBILLO-BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO

- Valor a alcanzar 80%

Hemos realizado 92 exploraciones en una población de 147 diabéticos(63%) por lo que no hemos alcanzado el objetivo, sin embargo, a un porcentaje muy alto de ellos se les ha realizado el ITB.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo ha estado muy implicado desde el primer momento, han aportado ideas que han resultado muy constructivas. La exploración que realizaba enfermería hasta que instauramos el proyecto, aún siendo exhaustiva, no incluía siempre el ITB. Desde que comenzó el proyecto, se ha realizado en el 88% de las exploraciones por lo que consideramos que la mejoría ha sido significativa.

Nuestro estudio demuestra que hay una elevada EAP asintomática, detectada mediante el ITB, en los pacientes atendidos en consulta, los cuales podrían beneficiarse de medidas preventivas más intensas. El ITB debe formar parte de la evaluación sistemática de la mayoría de los enfermos con riesgo vascular, sobre todo los diabéticos y los que tienen un riesgo moderado o alto según la escala de Framingham.

Hemos creado una consulta monográfica de pie diabético porque nos ha parecido muy interesante continuar con la explotación completa del diabético incluyendo el ITB.

Deberíamos realizar mas captación activa a través del cuadro de mandos puesto que hay población que viene menos a consulta bien por trabajo o por tener menos posibilidades de acudir a consulta por falta de apoyo familiar, etc.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/950 ===== ***

Nº de registro: 0950

Título

REALIZACION INDICE TOBILLO- BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO

Autores:

RUBIO SERRANO DOLORES, SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA, GOMEZ RAMO RAQUEL, FUSTER OMEDES ANGEL, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO, CALVO GARCIA FRANCISCO, LATASA LATORRE PILAR, BUJEDA DOÑATE MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

TEMAS

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

Enfoque

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según la Guía de Consenso Multidisciplinar en Enfermedad Arterial Periférica (EAP)de extremidades inferiores, la prevalencia de la EAP en población general española varía entre el 4,5-8,5% según las series; de la que el 3,83-24,5% es silente y 6-29,3% se puede presentar como claudicación intermitente. La prevalencia de la EAP es mayor que la percibida por los profesionales sanitarios, así como sus repercusiones, tanto clínicas como sociales y económicas, lo que la convierte en un importante problema de salud. Es, por lo tanto, una enfermedad infraestimada e infradiagnosticada.

El índice tobillo-brazo (ITB) es una prueba sencilla, barata y reproducible que podemos realizar en nuestra consulta, con una gran utilidad para el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica (EAP) y para la detección de sujetos con alto riesgo cardiovascular.

El ITB es el resultado de dividir la presión arterial sistólica (PAS) de cada tobillo (se escogerá el valor más alto entre la arteria pedia y la tibial posterior) entre el valor de la PAS más alto de cualquiera de las arterias braquiales. Así se obtienen dos valores de ITB, uno para cada miembro inferior, seleccionando como definitivo el más bajo de los dos. La determinación es breve; en manos experimentadas la técnica se realiza en unos 20 min; es barata, sólo se precisa un esfigmomanómetro y un Doppler portátil con sonda de 8 Mhz, y reproducible, con mínima variabilidad intra e interobservador.

Un ITB menor de 0,9 presenta una sensibilidad y una especificidad muy altas para identificar una obstrucción superior al 50% en el territorio vascular de los miembros inferiores en relación con la arteriografía.

Un ITB menor de 0,9 es diagnóstico de EAP, a pesar de que más del 80% de estos sujetos no tenga

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0950

1. TÍTULO

REALIZACION INDICE TOBILLO-BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO

manifestaciones clínicas. Pero además, la presencia de un ITB disminuido se asocia con una mayor incidencia de complicaciones coronarias y cerebrovasculares y un mayor riesgo de mortalidad a expensas del incremento de la mortalidad cardiovascular, tanto en sujetos en prevención primaria como secundaria e incluso tras ajustar por los factores de riesgo clásicos.

Por lo tanto, un ITB < 0,9 es, además de diagnóstico de EAP, sinónimo de alto riesgo cardiovascular, por lo que habrá que tratar intensivamente los factores de riesgo.

La diabetes, el tabaco y la edad son los factores de riesgo que más estrechamente se asocian con un ITB disminuido. Es bien conocido que los diabéticos tienen una elevada prevalencia de EAP. El riesgo de desarrollarla depende, fundamentalmente, de la edad del paciente y de la severidad y duración de la diabetes. También los sujetos no diabéticos pero diagnosticados de síndrome metabólico, tienen aumentada hasta 3 veces la prevalencia de un ITB disminuido, en comparación con aquellos que no lo tienen.

La determinación del ITB es una herramienta muy útil en la estratificación del riesgo cardiovascular ya que identifica sujetos con arteriosclerosis subclínica y alto riesgo cardiovascular. Pero para que la determinación sea eficiente, dada su baja sensibilidad y alta especificidad, habrá que seleccionar a los candidatos ideales para la realización de la prueba.

RESULTADOS ESPERADOS

Detectar a los pacientes diabéticos a los que no se les ha realizado el ITB en el último año

Detectar riesgo de Enfermedad Arterial Periférica (EAP) en pacientes diabéticos.

Captar pacientes diabéticos con EAP asintomática para optimizar la prevención primaria y el control de su progresión para evitar la aparición de graves complicaciones cardiovasculares y por tanto mejorar su pronóstico.

MÉTODO

Realización de una sesión clínica para explicar el proyecto y la técnica.

Búsqueda activa revisando historias clínicas de nuestros pacientes diabéticos a través de los listados por patologías o aprovechar controles rutinarios del paciente diabético.

Realizar el ITB a todo diabético.

Revisión del pie diabético a todo paciente diabético.

INDICADORES

Pacientes diabéticos a los que hemos realizado el ITB / nº total de diabéticos

- Valor a alcanzar 50%

Diabéticos con ITB alterado/ nº total de ITB realizadas.

Número de pacientes a los que se les ha revisado el pie diabético/total diabéticos del C.S. Santa Eulalia.-

-Valor a alcanzar 80%

DURACIÓN

Sesión clínica explicando el proyecto y técnica: Marzo 2019

Búsqueda activa de los casos: Abril 2019

Inicio del proyecto: Abril 2019

Evaluación final: Febrero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0952

1. TÍTULO

ENSEÑAR A AUXILIAR EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE CONSUELO BLAS GOMEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL MALO INMACULADA
KOLESNYK SUMSKAYA ELENA
UTRIA HERNANDEZ CARLOS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1/4/19 PRESENTACIÓN DEL PROYECTO AL EAP.
15/4/19 EL EQUIPO DEL PROYECTO CONTACTA CON LA DIRECCIÓN DEL CRA CUNA DEL JILOCA PARA CONOCER LOS TEMAS QUE MÁS LES INTERESA TRATAR.
1/5/19 REUNIÓN DEL EQUIPO PARA PREPARAR LAS ENCUESTAS, SE DECIDEN LOS TEMAS A TRATAR Y MATERIAL DIDÁCTICO QUE SE VA A UTILIZAR. DESDE ESTA FECHA SE TRABAJA EN LA PREPARACIÓN DE LAS SESIONES.
15/5/19 ACUDIMOS AL COLEGIO PARA PRIMERA SESIÓN : SE ENTREGA ENCUESTA INICIAL SOBRE PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS Y SE PRESENTA MEDIANTE POWER POINT LOS SIGUIENTES TEMAS: GENERALIDADES EN PRIMEROS AUXILIOS, CONVULSIONES, ATRAGANTAMIENTO. SE INCLUYE RCP ANTE EL INTERÉS DE LOS DOCENTES.
29/5/19 SEGUNDA SESIÓN EN EL COLEGIO. TEMAS A TRATAR: DESVANECIMIENTO, TRAUMATISMOS Y HERIDAS.
12/6/19 TERCERA SESIÓN. TEMAS TRATADOS: EPISTAXIS Y PICADURAS. SE RESUELVEN LAS DUDAS QUE SURGEN Y SE REALIZA ENCUESTA DE VALORACIÓN DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS Y SATISFACCIÓN. ADEMÁS, SE ENTREGA PÓSTER INFORMATIVO SOBRE ACTUACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS.
3/9/19. LA DIRECCIÓN DEL CRA CUNA DEL JILOCA CONTACTA CON EL CENTRO DE SALUD SOLICITANDO UNA NUEVA PRESENTACIÓN DE LAS SESIONES SOBRE PRIMEROS AUXILIOS REALIZADAS EL CURSO ANTERIOR.
NOS DIRIGIMOS AL COLEGIO PARA CONCRETAR LA FECHA DE LA SESIÓN Y ENTREGAMOS ENCUESTAS PREVIAS.
25/9/19. SE REALIZA UNA ÚNICA EXPOSICIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS. Y SE ENTREGAN ENCUESTAS FINALES.
LA DIRECCIÓN DEL CENTRO NOS PROPONE DAR SESIONES DE PRIMEROS AUXILIOS AL ALUMNADO.
MATERIAL DIDÁCTICO UTILIZADO: SE REALIZA POWER POINT Y PÓSTER INFORMATIVO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

NO SE MARCARON INDICADORES ESTANDAR AL TRATARSE DE UNA ACTIVIDAD QUE DEPENDÍA DE LA ASISTENCIA DE TERCEROS.
INDICADORES: NÚMERO DE DOCENTES QUE ACUDEN A CADA UNA DE LAS SESIONES. 15/5/19: 14 PROFESORES
29/5/19: 16 PROFESORES
12/6/19: 16 PROFESORES
25/9/19: 17 PROFESORES
EL NÚMERO TOTAL DE DOCENTES EN EL CRA CUNA DEL JILOCA ES DE 18, CON LO CUAL ENTRE EL 77,7% Y EL 94,4% DE TODOS ACUDIERON A LAS SESIONES.
SE CUMPLE EL OBJETIVO EN CUANTO A NÚMERO Y CALENDARIO DE LAS SESIONES.
ENCUESTAS INICIALES PARA DETERMINAR LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS: EL 38% TIENE CONOCIMIENTOS SOBRE PRIMEROS AUXILIOS Y EL 6% RECONOCE NO SABER SOBRE EL TEMA. EL 100% CONOCE LAS VÍAS PARA PONERSE EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS EN CASO DE NECESIDAD. EL 13% NO SABE COMO ACTUAR ANTE UN CUADRO EPILEPTICO Y EL 55% RECONOCE NO SABER QUE HACER ANTE UNA PERSONA INCONSCIENTE. EL 50% CONOCE LA MANIOBRA DE HEIMLICH. EN EL TEMA DE TRAUMATISMOS, EL 80% DESCONOCE CÓMO LLEVAR A CABO UNA INMOVILIZACIÓN. Y EL 65% SABE ACTUAR ANTE HERIDAS Y PICADURAS.
ENCUESTAS POSTERIORES SOBRE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS: EL 100% CONTESTA CORRECTAMENTE A LAS PREGUNTAS PLANTEADAS SOBRE LOS TEMAS TRATADOS(HERIDAS, DESVANECIMIENTO, CONVULSIONES, EPISTAXIS Y ATRAGANTAMIENTO)
ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN: SOBRE LA MATERIA IMPARTIDA EL 100% RECONOCE QUE HA SIDO ADECUADA, EN NINGÚN CASO EXCESIVA NI INSUFICIENTE. SOBRE LOS CONTENIDOS APRENDIDOS RECONOCEN QUE SERAN ÚTILES Y APLICABLES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

SE HAN CUMPLIDO LOS OBJETIVOS, PUESTO QUE TODOS RECONOCEN HABER ADQUIRIDO LOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN PRIMEROS AUXILIOS.
LA EXPERIENCIA HA SIDO POSITIVA POR AMBAS PARTES LLEGANDO A PROPONERNOS HACERLO ANUALMENTE Y EXTENSIVO AL ALUMNADO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/952 ===== ***

Nº de registro: 0952

Título
ENSEÑAR A AUXILIAR EN EL AMBITO ESCOLAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0952

1. TÍTULO

ENSEÑAR A AUXILIAR EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Autores:
BLAS GOMEZ CONSUELO, GIL MALO INMACULADA, KOLESNYK SUMSKAYA ELENA, UTRIA HERNANDEZ CARLOS ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La dirección del CRA Cuna del Jiloca, solicita la formación en prestación de Primeros Auxilios para Personal docente, a cargo del Equipo de Atención Continuada (MAC y EAC) del Centro de Salud de Santa Eulalia. Refieren la necesidad de adquirir conocimientos y habilidades básicas en las principales situaciones de urgencia en la población infantil del colegio de Santa Eulalia, mostrando especial interés en CONVULSIONES, al presentar entre sus alumnos algún caso de "crisis epilépticas", y en ATRAGANTAMIENTOS, presentando mayor frecuencia desde que, una vez por semana el colegio reparte fruta para el almuerzo dentro del "Plan de Consumo de Fruta en las Escuelas" del Gobierno de Aragón, siendo el equipo docente el primero en acudir ante estas situaciones críticas por lo que creen conveniente tener unos conocimientos básicos a la hora de actuar.

RESULTADOS ESPERADOS
Como objetivo general se plantea la realización de actividades, para la atención por parte del personal docente a los estudiantes, ante situaciones que alteren el estado de salud, mediante talleres teórico-prácticos que permitan afianzar los conocimientos impartidos por nuestro equipo.
PRIMERO: Como objetivos específicos se propone dar a conocer al equipo docente las habilidades y reconocimiento de una situación de emergencia, como accidente infantil, picaduras, pérdida de conciencia, convulsiones, atragantamiento, traumatismos.
SEGUNDO: Se propone la adquisición de habilidades para reconocer y actuar de manera correcta frente a una situación de emergencia, así como saber solicitar ayuda a servicios de emergencias (Centro de Salud, 061, 112).

MÉTODO
1. Sesión clínica al EAP sobre el conocimiento y desarrollo del proyecto.
2. Concreción del proyecto: nos ponemos en contacto con la dirección del CRA para concretar los temas a tratar .
3. Encuesta de valoración de conocimientos previa a cada sesión informativa.
4. Educación grupal sobre primeros auxilios en población docente, pautas, modo de actuación, cada 15 días hasta un total de tres sesiones, coincidiendo con la finalización del curso escolar.
5. Encuesta posterior a cada sesión informativa sobre conocimientos adquiridos. 6. Encuesta de satisfacción al finalizar el proyecto.

INDICADORES
- Número de docentes que asisten a cada una de las sesiones.
- Encuestas iniciales para determinar el grado de conocimientos previos respecto de los primeros auxilios.
- Encuestas posteriores a cada sesión.
- Encuesta de satisfacción.
- Información escrita a modo de folleto o póster con las principales protocolos de actuación.

DURACIÓN
- Sesión clínica al EAP en marzo 2019.
- Educación grupal: (abril, mayo, junio) anterior a la finalización del curso escolar 2018-2019.
- Finalización del proyecto: último trimestre del 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 - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN EN AP. EVALUACIÓN, ADECUACIÓN PRESCRIPCIÓN PARCHES LIDOCAINA AL 5. SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 23/09/2017

2. RESPONSABLE ALFREDO MORTE PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SARRION
· Localidad SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIOS MEDRANO JESUS
LACOMBA BIOL MARIA JOSE
LEAL DE LUQUE AMADID
PUEYO REIG RAMON
ABANSES CRISTINA
CASTRO GRACIA EDUARDO
RUIZ CARRALERO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades y objetivos realizados han sido, en ambos casos, reuniones de los componentes del proyecto después de las del Equipo que se realizan habitualmente los miércoles. En estas reuniones se ha comentado que los parches de lidocaína son indicados en su totalidad por la Unidad de Dolor y Rehabilitación y, aunque se puede retirar el medicamento, esto se realiza en contadas ocasiones y no siempre de forma gratuita.

Con respecto a Olmesartan y triple whammy si que se ha podido reducir su número y cambiarlo por otro/s Ara II.

No se ha recibido en ningún momento listado alguno de prescripciones abiertas tanto de lidocaína en parches como de olmesartan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a parches de lidocaína: Aunque se puede retirar el medicamento, esto se realiza en contadas ocasiones y no siempre de forma gratuita.

Con respecto a Olmesartan y triple whammy si que se ha podido reducir su número y cambiarlo por otro/s Ara II.

No se ha recibido en ningún momento listado alguno de prescripciones abiertas tanto de lidocaína en parches como de olmesartan.

Los cambios se realizan en el momento de renovación de la receta y si es posible.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dificultad en retirar medicación sobre todo parches de lidocaína.

Razones: Son indicados para disminuir el dolor y lo hacen. Es importante convencer de que otros medicamentos también lo pueden hacer.

Recomendaciones: Comunicación adecuada e intentar que se entienda la indicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1185 ===== ***

Nº de registro: 1185

Título
MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCIÓN EN AP: EVALUACIÓN ADECUACIÓN PRESCRIPCIÓN PARCHES DE LIDOCAINA 5PC Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Autores:
PALACIOS MEDRANO JESUS, MORTE PEREZ ALFREDO, LACOMBA BIOL MARIA JOSE, LEAL DE LUQUE AMADID, PUEYO REIG RAMON, ANDRES ABANSES CRISTINA, CASTRO GARCIA EDUARDO, RUIZ CARRALERO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Otro Tipo Patología: HTA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN EN AP. EVALUACION, ADECUACION PRESCRIPCIÓN PARCHES LIDOCAINA AL 5. SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los parches de lidocaína al 5% (PL5%) están indicados según ficha técnica (FT) para el alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección por herpes zoster (neuralgia postherpética, (NPH)). A pesar de la bajísima incidencia de NPH (1-3 por 1.000 en adultos mayores de 75 años), PL5% fue el medicamento que supuso el mayor gasto farmacéutico para el Sector Teruel en 2016 (431.291,94€). Los PL5% se están utilizando ampliamente como fuera de indicación.

Olmesartán medoxomilo (C09CA08) fue el principio activo del subgrupo terapéutico de los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (C09CA) que mayor gasto supuso para el Sector Teruel en 2016 (189.998 € y 2.760 DDDs).

La triple combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy. Los pacientes con prescripción triple whammy (TW) presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible.

RESULTADOS ESPERADOS

El primer objetivo de este proyecto es revisar la adecuación de la prescripción de los PL5% en los pacientes del Sector Teruel; los PL5% se están prescribiendo para condiciones clínicas diferentes a las autorizadas en FT. No prescribir parches de lidocaína 5% para indicaciones no incluidas en ficha técnica cuando existen otras alternativas terapéuticas autorizadas.

Segundo objetivo: Mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones: selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad; y revisión/adecuación de los tratamientos combinados TW (IECA o ARA II+ diurético + AINE).

MÉTODO

1. Realización de un estudio transversal (fecha de corte 01/04/2017) para analizar la prescripción de los PL5% en el Centro de Salud de Sarrion del Sector Teruel.

2. Difusión de los resultados del estudio de utilización de los PL5%; de los requisitos para el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España (Capítulo III, Artículo 13 del RD 1015/2009).

3. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de PL5%. Se realizarán 3 cortes transversales durante 2017: 01/04/2017, 01/07/2017 y 01/10/2017. El FAP facilitará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de PL5% (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda revisar la adecuación de la prescripción para cada paciente.

Actuaciones en relación con Olmesartán:

1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo. El FAP enviará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT establecido y aceptado para los hospitales de Aragón. Se enviarán los listados en marzo 2017 y septiembre 2017.

2. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con tratamientos combinados TW. A través del CM de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán mensualmente un listado con los pacientes de su cupo con una prescripción activa TW para su posterior revisión y adecuación.

INDICADORES

En relación con parches de lidocaína al 5%.

Seguimiento de los pacientes en tratamiento con PL5% del Centro de Salud del Sector de Teruel. Se harán 3 cortes transversales durante 2017 (Abril, Julio, Octubre). Objetivo: 100% de pacientes.

Evaluación de la adecuación de la prescripción de los PL5%.

Objetivo: disminución del número de prescripciones activas de PL5% para indicaciones fuera de FT (75%).

En relación con olmesartán medoxomilo:

Disminución del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo. Objetivo: 50%.

Disminución del número de pacientes con prescripción TW.

Objetivo: 100%.

DURACIÓN

En ambos casos la duración del estudio se prolongará a lo largo de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCION EN AP. EVALUACION, ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES LIDOCAINA AL 5. SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCION EN AP: EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES DE LIDOCAINA 5 Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE JESUS PALACIOS MEDRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SARRION
· Localidad SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORTE PEREZ ALFREDO
LACOMBA BIOL MARIA JOSE
LEAL DE LUQUE AMADID
PUEYO REIG RAMON
ANDRES ABANSES CRISTINA
CASTRO GARCIA EDUARDO
RUIZ CARRELERO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades y objetivos realizados han sido, en ambos casos, reuniones de los componentes del proyecto después de las del Equipo, que se realizan habitualmente los miércoles. En estas reuniones se ha comentado que los parches de lidocaina son indicados en su totalidad por la Unidad del Dolor y Rehabilitación y, aunque se puede retirar el medicamento esto se realiza en contadas ocasiones y no siempre de forma gratuita. Con respecto a Olmesartan y triple whammy si que se ha podido reducir su número de manera importante y cambiarlo por otro/s Ara II

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a los parches de lidocaina: Aunque se puede retirar el medicamento por no gozar de indicación esto se realiza en contadas ocasiones, teniéndose que reintroducir en algunas situaciones. Podemos decir que con respecto a Olmesartan se han podido reducir su número quedando alguno de manera simbólica. Los cambios se han realizado en el momento de renovación de la receta y si es posible.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dificultad en retirar medicación, sobre todo los parches de lidocaina, la principal razón es que han sido indicados para disminuir el dolor y lo hacen, es muy importante convencer al enfermo de que otros medicamentos pueden disminuir o llegar a anular el dolor y además tienen esa indicación.

7. OBSERVACIONES.

Recomendamos que si continua la pretensión de retirada de este fármaco (lidocaina al 5%) se intervenga en el origen de la prescripción lo que mejoraría notablemente su uso. No se han tenido listados actualizados a final del trabajo (Diciembre de 2017) por lo que no hemos podido cuantificar el grado de mejora, aunque podemos decir que se producido en ambos casos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1185 ===== ***

Nº de registro: 1185

Título
MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCION EN AP: EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES DE LIDOCAINA 5PC Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Autores:
PALACIOS MEDRANO JESUS, MORTE PEREZ ALFREDO, LACOMBA BIOL MARIA JOSE, LEAL DE LUQUE AMADID, PUEYO REIG RAMON, ANDRES ABANSES CRISTINA, CASTRO GARCIA EDUARDO, RUIZ CARRALERO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: HTA
Línea Estratégica ..: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCIÓN EN AP: EVALUACIÓN ADECUACIÓN PRESCRIPCIÓN PARCHES DE LIDOCAÍNA 5 Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los parches de lidocaína al 5% (PL5%) están indicados según ficha técnica (FT) para el alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección por herpes zoster (neuralgia postherpética, (NPH)). A pesar de la bajísima incidencia de NPH (1-3 por 1.000 en adultos mayores de 75 años), PL5% fue el medicamento que supuso el mayor gasto farmacéutico para el Sector Teruel en 2016 (431.291,94€). Los PL5% se están utilizando ampliamente como fuera de indicación.

Olmesartán medoxomilo (C09CA08) fue el principio activo del subgrupo terapéutico de los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (C09CA) que mayor gasto supuso para el Sector Teruel en 2016 (189.998 € y 2.760 DDDs).

La triple combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy. Los pacientes con prescripción triple whammy (TW) presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible.

RESULTADOS ESPERADOS

El primer objetivo de este proyecto es revisar la adecuación de la prescripción de los PL5% en los pacientes del Sector Teruel; los PL5% se están prescribiendo para condiciones clínicas diferentes a las autorizadas en FT. No prescribir parches de lidocaína 5% para indicaciones no incluidas en ficha técnica cuando existen otras alternativas terapéuticas autorizadas.

Segundo objetivo: Mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones: selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad; y revisión/adecuación de los tratamientos combinados TW (IECA o ARA II+ diurético + AINE).

MÉTODO

1. Realización de un estudio transversal (fecha de corte 01/04/2017) para analizar la prescripción de los PL5% en el Centro de Salud de Sarrion del Sector Teruel.

2. Difusión de los resultados del estudio de utilización de los PL5%; de los requisitos para el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España (Capítulo III, Artículo 13 del RD 1015/2009).

3. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de PL5%. Se realizarán 3 cortes transversales durante 2017: 01/04/2017, 01/07/2017 y 01/10/2017. El FAP facilitará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de PL5% (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda revisar la adecuación de la prescripción para cada paciente.

Actuaciones en relación con Olmesartán:

1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo. El FAP enviará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT establecido y aceptado para los hospitales de Aragón. Se enviarán los listados en marzo 2017 y septiembre 2017.

2. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con tratamientos combinados TW. A través del CM de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán mensualmente un listado con los pacientes de su cupo con una prescripción activa TW para su posterior revisión y adecuación.

INDICADORES

En relación con parches de lidocaína al 5%.

Seguimiento de los pacientes en tratamiento con PL5% del Centro de Salud del Sector de Teruel. Se harán 3 cortes transversales durante 2017 (Abril, Julio, Octubre). Objetivo: 100% de pacientes.

Evaluación de la adecuación de la prescripción de los PL5%.

Objetivo: disminución del número de prescripciones activas de PL5% para indicaciones fuera de FT (75%).

En relación con olmesartán medoxomilo:

Disminución del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo. Objetivo: 50%.

Disminución del número de pacientes con prescripción TW.

Objetivo: 100%.

DURACIÓN

En ambos casos la duración del estudio se prolongará a lo largo 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) ..

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCION EN AP:EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES DE LIDOCAINA 5 Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1205

1. TÍTULO

VALORACION DEL RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES DE 50 A 59 AÑOS DENTRO DEL SERVICIO DE LA MUJER EN EL CLIMATERIO

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ENCARNA FUENTES MORENO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SARRION
· Localidad SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCO GRACIA MARTA
AZNAR MAGALLON JERONIMO
LOPEZ NAVARRO ENRIQUE
CONEJOS BELLIDO CARMEN
ARNAU FUERTES ALICIA
FORTEA GARZARAN CARMEN
MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunion del Equipo para comunicar como se va a realizar el proyecto
Captacion de los datos del program OMI
Depuracion de los datos
Se les realiza cuestionario de OMI y el Frax sobre factores de riesgo para su clasificacion segun anexo I presentado.
Educacion sanitaria oral y reforzada con informacion escrita.
Cumplimiento del cronograma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestro objetivo inicial era llegar a una captacion del 80% de la poblacion diana.
Una vez depurados los datos, estos son los resultados
Poblacion diana 134 mujeres de 50_59 años. Hemos hecho la captacion, realizado cuestionario e indice de Frax a 78.
Por ello a 31 de diciembre 2017 hemos conseguido:
- 59 % de captacion.
- % de mujeres con riesgo alto ha sido 5% derivadas a medicina para valoracion.
- % de mujeres con riesgo bajo 73% se les ha dado educacion sanitaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No hemos conseguido los objetivos que nos planteamos al inicio, vamos a seguir durante el presente año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1205 ===== ***

Nº de registro: 1205

Título
VALORACION DEL RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES DE 50 A 59 AÑOS DENTRO DEL SERVICIO DE ATENCION A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

Autores:
FUENTES MORENO ENCARNA, MARCO GRACIA MARTA, AZNAR MAGALLON JERONIMO, LOPEZ NAVARRO ENRIQUE, CONEJOS BELLIDO CARMEN, ARNAU FUERTES ALICIA, FORTEA GARZARAN CARMEN, MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

TEMAS
Sexo: Mujeres
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.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1205

1. TÍTULO

VALORACION DEL RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES DE 50 A 59 AÑOS DENTRO DEL SERVICIO DE LA MUJER EN EL CLIMATERIO

PROBLEMA

En el centro de salud de Sarrión hemos detectado que en las mujeres de 50 a 59 años existe un índice bajo de seguimiento en el servicio de atención a la mujer en el climaterio y por ello vamos a valorar el riesgo de osteoporosis por medio de PC de riesgo de OMI- AP, se reforzará con educación sanitaria en alimentación, hábitos tóxicos y ejercicio y se completará la historia gineco-obstetrica.

RESULTADOS ESPERADOS

Valoración del riesgo de fractura asociado a osteoporosis en mujeres de 50 a 59 años, realizando el PC de factores de riesgo de OMI. Se llevará a cabo mediante un proyecto multidisciplinar que incluya personal de medicina, enfermería y administración.
Captación del 80% de la población diana.

MÉTODO

- Extraer listados de OMI de mujeres de 50-59a.
- Captación de la población diana en consulta programada, demanda y consulta no presencial vía telefónica.
- Se le hará el cuestionario de factores de riesgo de osteoporosis incluido en el OMI.
- Clasificación de las pacientes con riesgo alto según anexo 1 y dar en cualquiera de los casos (riesgo alto y riesgo bajo) formación en hábitos saludables (evitar tabaquismo y alcohol), dietas ricas en calcio y vitamina D; cafeína y ejercicio físico regular.
- Si es riesgo alto derivar a medicina para valoración
- Si hay riesgo bajo dar educación sanitaria

INDICADORES

Población diana (mujeres de 50-59 años).
% de población con riesgo alto y de riesgo bajo.
% de población con riesgo alto derivadas a medicina y que se les realiza intervención sobre el riesgo de fractura (tratamiento, valoración, realización de densitometría)
% de población de riesgo bajo que se le ha dado consejo sobre alimentación, hábitos tóxicos y ejercicio.
Se realizará la evaluación mediante revisión de la HC en OMI

DURACIÓN

Abril 2017: Revisión de listados de mujeres de 50-59 años
Mayo 2017: Captación de la población diana.
Junio a noviembre del 2017 realización del proyecto.
Diciembre 2017 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 - 2018/0387

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CS SARRION: CONTROLES ANALITICOS,PIE DIABETICO Y ECG

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN CONEJOS BELLIDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SARRION
· Localidad SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACOMBA BIOL MARIA JOSE
LOPEZ NAVARRO ENRIQUE PEDRO
MORTE PEREZ ALFREDO
LEAL DUQUE AMADID
CUEVAS FELIZ CESAR S
AZNAR MAGALLON JERONIMO
PALACIOS MEDRANO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EL PROYECTO SE INICIÓ EL UNO DE ABRIL DE 2018. REALIZANDO UNA VALORACIÓN INICIAL DE LOS PARÁMETROS A EVALUAR CONSTATANDO QUE LA HBA1C ALCANZABA UNA COBERTURA EN TANTO POR CIENTO DEL 38,10, LA MICROALBUMINURIA EL 50,80, EL ECG EL 27,58 Y EL PIÉ DIABÉTICO EL 37,87.
HASTA EL 30 DE ABRIL SE REALIZARON CHARLAS INFORMATIVAS A LA POBLACIÓN, PARA EXPLICAR EL MOTIVO DEL PROYECTO, EN TODOS LOS MUNICIPIOS QUE INTEGRA EL CENTRO DE SALUD DE SARRIÓN Y, EN LA PRIMERA VISITA DEL PACIENTE A LAS CONSULTA MÉDICA O DE ENFERMERÍA, SE LES ENTREGÓ LA CARTILLA DE SEGUIMIENTO DE DIABETES, ESPECIFICANDO LAS FECHAS EN LAS QUE DEBERÍAN ACUDIR PARA LA REALIZACIÓN DE LOS DIFERENTES CONTROLES.
EL PROYECTO PLANTEA REALIZAR, HASTA FIN DE AÑO, DOS EVALUACIONES PARA VER EL GRADO DE MEJORA, UNA EN MAYO Y OTRA EN NOVIEMBRE DE 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
LAS EVALUACIONES SE REALIZARON CON LOS DATOS RECOGIDOS EN LOS PLANES PERSONALES DE O.M.I., PACIENTE POR PACIENTE. EN LA PRIMERA EVALUACIÓN A 30 DE MAYO, SE CUANTIFICO, EN TANTO POR CIENTO, QUE LA HBA1C HABÍA ALCANZADO EL 51,49, LA MICROALBUMINURIA EL 74, EL ECG UN 64,58 Y EL PIÉ DIABÉTICO UN 83,83.

EN LA SEGUNDA EVALUACIÓN, A 30 DE NOVIEMBRE, LOS RESULTADOS MEJORARON HASTA ALCANZAR, EN TANTO POR CIENTO, LA HBA1C EL 67, LA MICROALBUMINURIA EL 90,60, EL ECG UN 77,20 Y LA REVISIÓN DEL PIÉ DIABÉTICO SE SITUÓ EN EL 89,20. LAS TARJETAS DE SEGUIMIENTO REPARTIDAS FUERON DE UN 74,45 POR CIENTO. EN SARRIÓN EL 52,54 Y EN EL RESTO DE LOCALIDADES EL 96,36. EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS PACIENTES A LA HORA DE ACUDIR A LOS CONTROLES TRAS LA ENTREGA DE LA CARTILLA, PARÁMETRO MEDIDO EN LA SEGUNDA EVALUACIÓN, HA SIDO EN SARRIÓN DEL 43 POR CIENTO Y EN EL RESTO DEL 73. LA ACLARACIÓN A ESTAS DIFERENCIAS ESTÁ EN EL APARTADO DE DIFICULTADES.

TAMBIÉN EN LA SEGUNDA EVALUACIÓN SE DETECTARON LOS FALLOS DE LOS PROFESIONALES A LA HORA DE REALIZAR LAS PETICIONES E INTRODUCIR LOS DATOS EN EL PROGRAMA O.M.I. A CADA PROFESIONAL SE LE FACILITÓ LA RELACIÓN DE PACIENTES CON LAS INCIDENCIAS ENCONTRADAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA SE HA DETECTADO UN AVANCE IMPORTANTE EN LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS.
LOS PACIENTES SE VAN IMPLICANDO Y ACUDEN CUANDO LES TOCAN LOS CONTROLES SEGÚN LA FECHA QUE TIENEN EN LA CARTILLA. LOS PROFESIONALES REALIZAN LAS PETICIONES E INTRODUCEN LOS DATOS DE FORMA CORRECTA.
POR ELLO, Y PARA VER REALMENTE EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS PACIENTES Y DE LOS PROFESIONALES, EL PROYECTO DEBE CONTINUAR UN AÑO MÁS.

ESTE AÑO, A PARTE DEL SEGUIMIENTO DE LOS PARÁMETROS FIJADOS, EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE FECHAS, AÑADIREMOS NUEVOS CONCEPTOS A EVALUAR COMO SON EL GRADO DE MEJORÍA DE ESTOS PARÁMETROS EN LOS PACIENTES Y LA CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES CON NEFROPATÍA DIABÉTICA.

EN CUANTO A LAS DIFICULTADES ENCONTRADAS ES IMPORTANTE COMENTAR LA SITUACIÓN QUE HA SUFRIDO EL MUNICIPIO DE SARRIÓN, EL MÁS GRANDE DEL CENTRO, DURANTE LA PUESTA EN MARCHA Y SEGUIMIENTO DEL PROYECTO DE MEJORA. HASTA LLEGAR A UNA ESTABILIDAD, HAN OCUPADO SU PLAZA 5 PROFESIONALES MÉDICOS Y 3 DE ENFERMERÍA QUE HAN DIFICULTADO LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS.
Y DISMINUIDO EL TOTAL DE LOS PORCENTAJES.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0387

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CS SARRION: CONTROLES ANALITICOS,PIE DIABETICO Y ECG

*** ===== Resumen del proyecto 2018/387 ===== ***

Nº de registro: 0387

Título
INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD DE SARRION: CONTROLES ANALITICOS, PIE DIABETICO Y ECG

Autores:
CONEJOS BELLIDO CARMEN, LACOMBA BIOL MARIA JOSE, LOPEZ NAVARRO ENRIQUE PEDRO, MORTE PEREZ ALFREDO, LEAL DUQUE AMADID, CUEVAS FELIZ CESAR SANTIAGO, AZNAR MAGALLON JERONIMO, PALACIOS MEDRANO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Informar a la población diabética de la importancia que tienen los controles en la evolución de la diabetes para evitar las complicaciones, explicando el por qué de cada uno de ellos: G.capilar, HbA1C, IMC, TA, Colesterol, Control del pié diabéticos, ECG.
Revisado el Cuadro de Mandos y el programa de Diabetes de OMI, a fecha 31 de diciembre de 2017, el Centro de Salud de Sarrión ha alcanzado unas cifras de cumplimiento que son : 51% en determinación HbA1C, 50% en la determinación de Microalbuminuria, 57% en el control del Pié diabético y un 40% en la realización del ECG bianual.

Para mejorar el cumplimiento se establecen dos líneas de actuación:
Implicación de los pacientes en la demanda de sus controles. Para ello la creación e implantación de la Cartilla de Seguimiento, que les sirva de recordatorio para acudir, en la fecha señalada, a la realización de los mismos. Igual que se hace en otros campos como Vacunaciones, Citologías, Especializada, etc.
Los profesionales del Centro de Salud deben introducir los valores en OMI y anotar en la cartilla la fecha de la próxima revisión.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el porcentaje de cumplimiento de los indicadores señalados.
- En 2018 podríamos aspirar a conseguir un 70%.
- En 2019, si es efectivo el programa, se conseguiría el objetivo real del Centro, teniendo en cuenta las excepciones.
Análisis del grado de implicación de los pacientes tras la implantación de la Cartilla.

MÉTODO

Charla informativa en cada núcleo de población del C.S. de Sarrión, sobre la importancia de los controles en los pacientes diabéticos y el por qué.
Captación:
En la charla se les informará de la cartilla del diabético. Deberán pasar a recogerla por la consulta del médico o del enfermero y se les revisarán las fechas de los controles a realizar.

INDICADORES

Los indicadores a medir serán :
- Controles analíticos de HbA1C semestral y Microralbuminuria anual.
- Control del Pié diabético según grado.
- ECG bianual.
Evaluación.
- 1ª Evaluación: 30 de mayo de 2018 . Medición del número de pacientes a los que se les ha hecho la revisión y entrega de la Cartilla.
- 2ª Evaluación : 30 de noviembre de 2018 . Medición del grado de implicación en el primer control tras tener su Cartilla.
- En 2019 se pueden realizar una 3ª y 4ª evaluación . Estas determinarán el cumplimiento de los objetivos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0387

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CS SARRION: CONTROLES ANALITICOS,PIE DIABETICO Y ECG

del proyecto.

Fuentes de datos. Cuadro de mandos, Listados de la Cartera de Servicios y Planes Personales de OMI.

DURACIÓN

El inicio del proyecto será el 1 de abril de 2018.

Durante 2018 se realizarán 2 evaluaciones el 30 de mayo y el 30 de noviembre.

Durante 2019, se realizarán otras 2 evaluaciones en las mismas fechas

OBSERVACIONES

Durante las evaluaciones de 2019, aparte de medir los objetivos planteados en este proyecto, se puede medir el grado de mejora en los resultados analíticos de los pacientes derivados de esta implicación en sus controles periódicos.

Antigua línea: Diabetes

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0387

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD DE SARRION: CONTROLES ANALITICOS, PIE DIABETICO Y E.C.G.

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN CONEJOS BELLIDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SARRION
· Localidad SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACOMBA BIOL MARIA JOSE
LOPEZ NAVARRO ENRIQUE PEDRO
MORTE PEREZ ALFREDO
OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES
LEAL DUQUE AMADID
BRUNA SALAS MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019, se ha realizado el seguimiento del proyecto inicial mediante dos nuevas evaluaciones en las que se han medido todos los parámetros fijados: Controles analíticos, ECG, Pie diabético y el grado de implicación de los pacientes. También los nuevos conceptos como son la evolución de las cifras de Hemoglobina glicosilada en los pacientes y la captación de pacientes con Nefropatía diabética.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos se han recogido, paciente a paciente, de los Planes personales de los paciente en O.M.I. Las dos evaluaciones se han realizado la primera a 31 mayo y la segunda a 30 noviembre de 2019.

En cuanto a la primera evaluación (3ª del proyecto), en tanto por ciento, se objetivó que la analítica de la HBA1C se situó en el 89 y la Microalbuminuria en el 88,5, el ECG en el 83,2 y la revisión del Pié diabético en el 89,48. El grado de cumplimiento de los pacientes fue del 89 por ciento pero solo el 17,48, estuvieron dentro del rango establecido como idóneo, < 6.

La segunda evaluación (4ª del proyecto), arrojó los siguientes resultados en tanto por ciento. La analítica de la HBA1C, se la realizaron en fecha correcta el 56,96 de los pacientes y solo un 5,9 estaban dentro de rango. En cuanto a la Microalbuminuria, el 81,2 la tenían realizada, el ECG el 81,16 y la revisión del Pié diabético el 92,62. El grado de cumplimiento se situó en el 56,96, evidentemente este ítem lo marca la analítica de la Hemoglobina glicosilada.

En todo el periodo del proyecto se han diagnosticado 16 casos de Nefropatía diabética.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. CONCLUSIONES.

1.- La 3ª evaluación ha sido la mejor de todas puesto que seguía la proyección esperada. Sin embargo, en la 4ª evaluación, las cifras de las analíticas en el tiempo establecido (c/6 meses), se han desplomado. No así el resto de indicadores que han mantenido la progresión esperada, en especial la revisión del Pié diabético.

2.- Los pacientes no mejoran por el hecho de hacerse los análisis en los periodos establecidos, es muy difícil tener las cifras de Hemoglobina glicosilada por debajo de 6 y siguen mostrando cierto rechazo a realizarse dos analíticas en el año. Siempre lo alargan, por lo que es difícil cumplir este parámetro. El resto, ECG /2 años y revisión del Pié diabético no son problemáticos. Aún así, el hecho de acudir siempre a la consulta con la cartilla implantada, nos facilita el control puesto que nos obliga a revisar los tiempos.

DIFICULTADES ENCONTRADAS.

La mayor dificultad del proyecto durante el año 2018 fueron los cambios de profesionales médicos y de enfermería en la plaza de Sarrión, la más grande del Centro y con más población diabética que disminuyeron los porcentajes. Este año 2019, hubo una estabilidad en la primera evaluación (3ª), que se vió reflejada en los resultados. Pero en la segunda evaluación (4ª), en la que ha habido un retroceso importante, sobretudo en las analíticas, ha habido un hecho significativo: Cambio de profesionales médicos en TODAS las plazas del Centro de Salud. Varios de ellos han venido de otras Comunidades Autónomas y han tenido dificultad para el manejo del O.M.I, Planes personales, etc. Esto ha ocasionado que un 35,04 por ciento de los datos, no estén correctamente reflejados en O.M.I.

VALORACIÓN:

La implantación de la cartilla del diabético ha sido beneficiosa. Es una forma de recordatorio tangible de todo lo que deben hacer los pacientes. Hay que hacer más educación higiénico-dietética, tanto individual como colectiva, de la diabetes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0387

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD DE SARRION: CONTROLES ANALITICOS, PIE DIABETICO Y E.C.G.

Hay que seguir mejorando en el manejo del O.M.I y, sobretodo, trabajar desde los Planes personales de los pacientes

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/387 ===== ***

Nº de registro: 0387

Título
INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD DE SARRION: CONTROLES ANALITICOS, PIE DIABETICO Y ECG

Autores:
CONEJOS BELLIDO CARMEN, LACOMBA BIOL MARIA JOSE, LOPEZ NAVARRO ENRIQUE PEDRO, MORTE PEREZ ALFREDO, LEAL DUQUE AMADID, CUEVAS FELIZ CESAR SANTIAGO, AZNAR MAGALLON JERONIMO, PALACIOS MEDRANO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Informar a la población diabética de la importancia que tienen los controles en la evolución de la diabetes para evitar las complicaciones, explicando el por qué de cada uno de ellos: G.capilar, HbA1C, IMC, TA, Colesterol, Control del pie diabéticos, ECG.
Revisado el Cuadro de Mandos y el programa de Diabetes de OMI, a fecha 31 de diciembre de 2017, el Centro de Salud de Sarrión ha alcanzado unas cifras de cumplimiento que son : 51% en determinación HbA1C, 50% en la determinación de Microalbuminuria, 57% en el control del Pié diabético y un 40% en la realización del ECG bianual.

Para mejorar el cumplimiento se establecen dos lineas de actuación:

Implicación de los pacientes en la demanda de sus controles. Para ello la creación e implantación de la Cartilla de Seguimiento, que les sirva de recordatorio para acudir, en la fecha señalada, a la realización de los mismos. Igual que se hace en otros campos como Vacunaciones, Citologías, Espacializada, etc.
Los profesionales del Centro de Salud deben introducir los valores en OMI y anotar en la cartilla la fecha de la próxima revisión.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el porcentaje de cumplimiento de los indicadores señalados.
- En 2018 podríamos aspirar a conseguir un 70%.
- En 2019, si es efectivo el programa, se conseguiría el objetivo real del Centro, teniendo en cuenta las excepciones.
Análisis del grado de implicación de los pacientes tras la implantación de la Cartilla.

MÉTODO

Charla informativa en cada núcleo de población del C.S. de Sarrión, sobre la importancia de los controles en los pacientes diabéticos y el por qué.

Captación:

En la charla se les informará de la cartilla del diabético. Deberán pasar a recogerla por la consulta del médico o del enfermero y se les revisarán las fechas de los controles a realizar.

INDICADORES

Los indicadores a medir serán :
- Controles analíticos de HbA1C semestral y Microralbuminuria anual.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0387

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD DE SARRION: CONTROLES ANALITICOS, PIE DIABETICO Y E.C.G.

- Control del Pié diabético según grado.

- ECG bianual.

Evaluación.

- 1ª Evaluación: 30 de mayo de 2018 . Medición del número de pacientes a los que se les ha hecho la revisión y entregado de la Cartilla.

- 2ª Evaluación : 30 de noviembre de 2018 . Medición del grado de implicación en el primer control tras tener su Cartilla.

- En 2019 se pueden realizar una 3º y 4º evaluación . Estas determinarán el cumplimiento de los objetivos del proyecto.

Fuentes de datos. Cuadro de mandos, Listados de la Cartera de Servicios y Planes Personales de OMI.

DURACIÓN

El inicio del proyecto será el 1 de abril de 2018.

Durante 2018 se realizarán 2 evaluaciones el 30 de mayo y el 30 de noviembre.

Durante 2019, se realizarán otras 2 evaluaciones en las mismas fechas

OBSERVACIONES

Durante las evaluaciones de 2019, aparte de medir los objetivos planteados en este proyecto, se puede medir el grado de mejora en los resultados analíticos de los pacientes derivados de esta implicación en sus controles periódicos.

Antigua línea: Diabetes

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0594

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS.SARRION

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE MANUEL RUIZ CARRALERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SARRION
· Localidad SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES ABANSES CRISTINA
CASTRO GARCIA EDUARDO
FORTEA GARZARAN CARMEN
FUENTES MORENO ENCARNA
MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA
PUEYO REIG RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SESION CLINICA INFORMATIVA PARA LA PLANIFICACION Y PROGRAMACION DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR.
CREACION DE LAS HOJAS DE REGISTRO.
COMPROBACION DIARIA DE LA SALA DE URGENCIAS.
REVISION TRIMESTRAL DEL CARRO DE PARADAS.
REVISION SEMANAL DEL CARRO DE CURAS.
REVISION SEMANAL DEL MALENTIN DE URGENCIAS.
COMPROBACION MENSUAL DEL BOTIQUIN DE FARMACIA.
REVISION MENSUAL MATERIAL SANITARIO DEL VEHICULO.
ELABORACION DE HOJA DE INCIDENCIAS PARA COMUNICAR AL RESTO DEL EQUIPO.
SE HAN EFECTUADO DOS REUNIONES TRIMESTRALES PARA VALORAR EL SEGUIMIENTO DEL PROYECTO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PROTOCOLIZACION DE LA REVISION DEL MATERIAL Y FARMACOS DISPONIBLES EN EL CS. SARRION.
DISMINUCION DEL MATERIAL Y FARMACOS CADUCADOS.
CONCIENCIACION DEL EQUIPO PARA LA IMPLANTACION DEL PROTOCOLO.
GARANTIZAR LA PRESTACION DE UNA ATENCION SANITARIA DE CALIDAD.
MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA POBLACION DEL CS. SARRION.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS OBJETIVOS MARCADOS LOS HEMOS CONSEGUIDO YA QUE HEMOS IMPLANTADO EL PROTOCOLO Y EL SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO.
HEMOS CONSEGUIDO MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/594 ===== ***

Nº de registro: 0594

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS SARRION

Autores:
RUIZ CARRALERO MANUEL, ANDRES ABANSES CRISTINA, CASTRO GARCIA EDUARDO, FORTEA GARZARAN CARMEN, FUENTES MORENO ENCARNA, MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA, PUEYO REIG RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Mejora de la seguridad asistencial. Promover la implementacion de determinadas actuaciones sanitarias para prevenir el daño asociado a la atencion sanitaria
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0594

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS.SARRION

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Centro de Salud constituye el primer eslabón de la cadena asistencial en la atención inmediata urgente. Para una correcta actuación asistencial es imprescindible establecer un protocolo para el adecuado control y mantenimiento de los medios disponibles y necesarios que tenemos en el Centro de Salud.

Las actuaciones a realizar en una situación de urgencia/ emergencia médica son tanto en el Centro de Salud como en los domicilios de los pacientes o en vías públicas. Para ello es fundamental asegurar el correcto funcionamiento y disponibilidad de todo el material necesario para realizar la mejor asistencia posible en cada situación.

Para cumplir este objetivo, en el Centro de Salud de Sarrión consideramos la necesidad de disponer de un protocolo consensuado para las revisiones periódicas de los medios y materiales de que disponemos, y que son:

En la sala de urgencias: carro de paradas, carro de cura .botiquín de fármacos del centro, equipo de oxigenoterapia y aparatos de electromedicina (ECG,DEA...)

En la asistencia domiciliaria: maletín de urgencias, y en el Centro de Salud de Sarrión, estado óptimo del vehículo y material sanitario disponible en dicho vehículo como férulas de inmovilización, fluidoterapia, collarines cervicales, etc

RESULTADOS ESPERADOS

- . Garantizar la prestación de una atención sanitaria de calidad y una mejora de la seguridad del paciente en la población del Centro de Salud de Sarrión y del PAC de Arcos de las Salinas
- . Revisión, mantenimiento y disponibilidad del material sanitario, que generará una mayor eficacia en la gestión de los recursos materiales
- . Establecer unas pautas y un protocolo de actuación de todo el personal sanitario del centro para el cumplimiento de estos objetivos.

MÉTODO

El equipo de guardia formado por médico y enfermera asumirá la responsabilidad del cumplimiento de estos objetivos mediante la creación de una hoja de registro donde se constaten los siguientes apartados:

Comprobación diaria de la sala de urgencias para su adecuado mantenimiento en orden,y limpieza para su correcto funcionamiento.

Revisión trimestral del carro de paradas, comprobando el buen estado y funcionamiento, existencia de recambios y revisión de caducidades de la medicación.

Revisión semanal del carro de curas y reposición del material tras su uso.

Revisión semanal del maletín de urgencias, asegurando la existencia de medicamentos y material necesarios, así como su reposición tras cada uso

Comprobación mensual del botiquín de farmacia, observación, reposición y/o anotación de ausencia de medicamentos, así como sus caducidades.

Revisión mensual del material sanitario ubicado en el vehículo del centro. Anotación del kilometraje en cada desplazamiento y vigilancia del depósito de combustible.

Crear una hoja de check-list para los diferentes apartados citados anteriormente, certificando la correcta comprobación del carro de paradas maletines y vehículo.

Elaboración de una hoja de incidencias para su comunicación a los coordinadores del EAP.

Firma de las hojas de registro con la periodicidad establecida.

INDICADORES

La evaluación de este proyecto será anual y consistirá en la monitorización de resultados, mediante el correcto cumplimiento de las hojas de registro y de las incidencias efectuadas a lo largo de este periodo.

Se realizarán reuniones trimestrales de todo el equipo sanitario del centro, para hacer una valoración en común y realizar los cambios y mejoras oportunas.

DURACIÓN

Durante el mes de Abril se elaborarán las hojas de registro y las hojas de incidencias, para desarrollar el proyecto descrito que comenzará a efectuarse en el mes Mayo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0594

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS.SARRION

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0705

1. TÍTULO

CAPTACIÓN OPORTUNISTA DEL PACIENTE FUMADOR EN LA ATENCIÓN ORDINARIA Y LA ATENCIÓN CONTINUADA, SU ADECUADO REGISTRO EN OMI-AP Y SU INFLUENCIA EN LA PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE LA EPOC

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ALVARO ABADIA PUYUELO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SARRION
· Localidad SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES ABANSES CRISTINA
CONEJOS BELLIDO CARMEN
FORTEA GARZARAN MARIA CARMEN
FUENTES MORENO ENCARNA
MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA
MORTE PEREZ ALFREDO
RUIZ CARRALERO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente, durante el mes de enero, se realizó una reunión del equipo del C.S. Sarrión para conocer y analizar los resultados de los indicadores de 2018, tras lo cual se plantearon las posibles intervenciones de mejora. Tras contactar individualmente y de modo informal con el equipo de Atención Continuada, se decidieron los integrantes del proyecto de calidad. A finales de febrero se realizó la reunión inicial de implementación del proyecto con todo el equipo sanitario del C.S. Sarrión, se envió material explicativo a los miembros del EAC que quisieron participar y posteriormente se realizaron reuniones individuales con el EAC para aclarar conceptos y resolver dudas. En junio y octubre se realizaron reuniones con el equipo valorando la evolución de los indicadores así como realizando refuerzo positivo y recordando los pasos a seguir para lograr nuestros objetivos. Adicionalmente se implementó la consulta monográfica de tabaquismo, para mejorar la oferta y atención sanitaria de la población de la ZBS de Sarrión y obtener un mayor rendimiento al proyecto. Finalmente no se ha podido realizar la última reunión física de presentación de resultados debido a los movimientos derivados de la OPE y traslados. Se ha enviado en su lugar y en formato digital los resultados alcanzados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha apreciado una clara mejoría en los indicadores evaluados, siendo esta constante y progresiva durante todo el 2019.
Detección de tabaquismo: enero 2019 46'31; diciembre 2019 70'97 (aumento 24'66%)
Intervención tabáquica: enero 2019 78'38; diciembre 2019 85'43 (aumento 7'11%)
Prevalencia EPOC: enero 2019 1'14; diciembre 2019 2'13 (incremento absoluto 0'99, aumento 95%)
Simultáneamente y como consecuencia lógica, se ha registrado un aumento del número de pacientes fumadores en la ZBS de Sarrión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha de un proyecto de calidad sirve como revulsivo a nuestra práctica clínica diaria. Así mismo, se observa que determinadas actuaciones realizadas durante el tiempo de Atención Continuada, pueden tener un gran impacto en el conocimiento y evolución de la salud de la población general. Por otra lado, sería adecuado destacar la implicación y participación de todo el equipo sanitario del C.S. Sarrión, aunque sus nombres no han podido figurar como participantes del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/705 ===== ***

Nº de registro: 0705

Título
CAPTACION OPORTUNISTA DEL PACIENTE FUMADOR EN LA ATENCION ORDINARIA Y LA ATENCION CONTINUADA, SU ADECUADO REGISTRO EN OMI-AP Y SU INFLUENCIA EN LA PREVALENCIA DIAGNOSTICA DE LA EPOC

Autores:
ABADIA PUYUELO ALVARO, ANDRES ABANSES CRISTINA, CONEJOS BELLIDO CARMEN, FORTEA GARZARAN MARIA CARMEN, FUENTES MORENO ENCARNA, MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA, MORTE PEREZ ALFREDO, RUIZ CARRALERO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0705

1. TÍTULO

CAPTACIÓN OPORTUNISTA DEL PACIENTE FUMADOR EN LA ATENCIÓN ORDINARIA Y LA ATENCIÓN CONTINUADA, SU ADECUADO REGISTRO EN OMI-AP Y SU INFLUENCIA EN LA PREVALENCIA DIAGNÓSTICA DE LA EPOC

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

Se ha apreciado una baja detección del tabaquismo en la ZBS de Sarrión (57,56%) así como un inadecuado registro en el programa OMI-AP de los pacientes fumadores que lleve a la activación del plan personal de TABACO. En relación con lo mencionado anteriormente, es posible que se estén realizando menos espirometrías de las indicadas, explicando la baja prevalencia diagnóstica de EPOC (1,51 %) observada en el indicador correspondiente. Por todo lo anterior, consideramos que implementar una estrategia sistemática de detección oportunista y registro del tabaquismo ante cualquier consulta (ordinaria o de atención continuada), añadido a un consejo breve/intensivo de cesación del hábito tabáquico y la realización de espirometrías en personas con riesgo de EPOC, puede ayudar a mejorar la salud de la población mejorando la prevención primaria y secundaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Aumento de la detección de consumo de tabaco.
- 2) Aumento de la prevalencia diagnóstica del tabaquismo.
- 3) Aumento del número de intervenciones sobre tabaquismo.
- 4) Aumento de la realización de espirometrías.
- 5) Aumento de la prevalencia diagnóstica de la EPOC.
- 6) Aumento de la realización de prevención primaria y secundaria en la población.

MÉTODO

- 1) Reunión inicial de implementación del proyecto con todo el equipo sanitario del C.S. Sarrión.
- 2) Reuniones y comunicaciones trimestrales evolutivas proyecto.
- 3) Oferta de consulta monográfica de deshabituación tabáquica.
- 4) Realización de espirometría a los pacientes detectados en riesgo de EPOC.

INDICADORES

- 1) Indicador de % de detección de tabaquismo.
- 2) Indicador de % de intervención sobre tabaquismo.
- 3) Indicador de prevalencia de EPOC.
- 4) Evolución comparativa de los indicadores con el objetivo de superar la media de resultados de Aragón.

DURACIÓN

La duración prevista del proyecto será de un año, iniciándose el 01/03/2019. Las reuniones y comunicaciones evolutivas se asociarán a la valoración trimestral de los indicadores. Se plantea la posible extensión del proyecto un segundo año para valorar el número de pacientes que han abandonado el consumo de tabaco y la evolución porcentual de fumadores con espirometría realizada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1175

1. TÍTULO

ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCION ACTIVA EN EL CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCION EFICIENTE DE LOS MISMOS

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE RAFAEL GOMEZ NAVARRO
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS TERUEL CENTRO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALVE ROYO AGUSTIN
MANERO PEREZ JUAN JOSE
SOLER ADAN SILVIA
ABAD LAGUIA ROSA MARIA
GUILLEN SANTOS ISABEL
SOGUERO GARCIA ISMAEL
LANZUELA MARINA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Sesión de presentación del proyecto
• Conformación del grupo de trabajo y responsable del mismo
• Revisión de las GPC
• Sesión de presentación de las recomendaciones: 23 octubre 2017 (Dra Gullén y Dra. Abad). Presentación de corte de indicadores (Dr. Gómez Navarro).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Selección eficiente IBP Marzo 2017 Diciembre 2017
Cumplimiento 59,7 58,4
Incumplimiento 40,3 41,5

Las diferencias en el cumplimiento del indicador es mínima entre la situación de partida en marzo de 2017 y fecha de cierre en diciembre del mismo año, pero en cualquier caso con ligero aumento del porcentaje de incumplimientos.

El formulario no permite insertar los gráficos de la evolución ni la comparativa con Sector y Aragón.
Su interpretación en conclusiones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad de mejora puesta en marcha no ha cubierto sus objetivos.
Habría que replantearse si el EAP estaba ciertamente motivado para el desarrollo del mismo.
Los resultados son peores que los del Sector Teruel y Aragón, lo que nos indica que no pueden ser atribuidos a prescripción inducida o características generales.
El análisis estratificado por cupos podría ilustrar mejor las necesidades de intervención para conseguir resultados en la línea deseada.

7. OBSERVACIONES.
Se presentaran los resultados al EAP en una sesión próxima.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1175 ===== ***

Nº de registro: 1175

Título
ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCION ACTIVA EN CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCION EFICIENTE DE LOS MISMOS

Autores:
GOMEZ NAVARRO RAFAEL, GALVE ROYO AGUSTIN, MANERO PEREZ JUAN JOSE, SOLER ADAN SILVIA, ABAD LAGUIA ROSA MARIA, GUILLEN SANTOS ISABEL, SOGUERO GARCIA ISMAEL, LANZUELA MARINA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1175

1. TÍTULO

ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCIÓN ACTIVA EN EL CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCIÓN EFICIENTE DE LOS MISMOS

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

SECTOR TERUEL

En 2016, los inhibidores de la bomba de protones (IBP) (A02BC) constituyeron el subgrupo terapéutico de mayor gasto para el Sector Teruel (903.537 € y 4.163.808 DDDs). Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (269.599 € y 493.420 DDDs), omeprazol (266.235 € y 288.439 DDDs) y lansoprazol (198.277 €, 4.075 DDDs)1.

A fecha 1 de marzo de 2017, 13.301 pacientes en el Sector Teruel tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica; el 65,57% mantienen tratamiento con omeprazol (A02BC01) frente al 34,43% que tienen prescripciones activas de otros IBPs: pantoprazol (A02BC02), lansoprazol (A02BC03), rabeprazol (A02BC04), esomeprazol (A02BC05) o esomeprazol+naproxeno (M01AE52).

El Sector Teruel presenta los peores resultados en selección eficiente de IBP con respecto a la media de Aragón (73,45 % de los pacientes están en tratamiento con omeprazol (01/03/2017)2).

CENTRO DE SALUD TERUEL CENTRO

La prescripción de IBP en el C.S. Teruel Centro en 2016 supuso un gasto de 187.794 € (49,7% sobre el total de las prescripciones realizadas) y 770.965 DDDs. Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (supone el 28,6% de gasto sobre el total de la prescripción de IBPs), esomeprazol (23,5%), lansoprazol (22,3%), omeprazol (18,17%) y rabeprazol (7,5%)1.

En el C.S. Teruel Centro, 2.666 pacientes (01/03/2017) tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica. Un 40,3 % de la población en tratamiento con IBP está sujeto a una prescripción diferente a Omeprazol: 15% pantoprazol, 13% lansoprazol, 9,6% de prescripciones de esomeprazol, 2,2% rabeprazol y 1,2% esomeprazol+naproxeno.

Omeprazol es el IBP de elección frente al resto de principios activos del mismo subgrupo terapéutico, es el de mayor experiencia de uso, mejores y más prolongados estudios de seguridad y además, es el IBP de menos coste. Por ello, a igualdad de eficacia y seguridad, es el fármaco más eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS

1. No prescribir un IBP diferente de omeprazol, salvo en pacientes en tratamiento con clopidogrel y/o doble antiagregación y que precisen un IBP en los que se recomienda pantoprazol; y en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica ó gástrica en los que se recomienda lansoprazol bucodispersable.
2. Reducción del 10% de las prescripciones de IBP diferente a Omeprazol en el C.S. de Teruel Centro.

MÉTODO

1. Conformación del grupo de trabajo y designación del responsable del mismo.
2. Revisión de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en el uso de los IBP actualizadas.
3. Sesión formativa a los profesionales del C.S. Teruel Centro para dar a conocer el proyecto y las recomendaciones de las GPC en el uso de los IBP.
4. Análisis de los pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a Omeprazol. Extracción del listado de pacientes a través del DATA de Farmacia (fecha de corte: 01/03/2017).
5. Revisión individual consecutiva de estos pacientes, asociado a la consulta habitual de los tratamientos con IBP, y propuesta de cambio. Cada CIAS tendrá disponibles en el Cuadro de Mandos (CM) de Farmacia listados de pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol en receta electrónica, actualizados mensualmente.
6. Sesión formativa a los profesionales del hospital acerca el proyecto de desprescripción y mejora de calidad de la prescripción de IBP.
7. Indicación al especialista hospitalario del cambio si se corresponde con una prescripción inducida.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes en tratamiento con un IBP diferente a Omeprazol.
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con IBP correspondiente a Omeprazol.
- Reducción del gasto por principio activo y cálculo de modificación de gasto.

DURACIÓN

1 DE MARZO A 31 DICIEMBRE DE 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1175

1. TÍTULO

ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCIÓN ACTIVA EN EL CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCIÓN EFICIENTE DE LOS MISMOS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1176

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CS DE TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 16/03/2019

2. RESPONSABLE PILAR URBISTONDO BLASCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL CENTRO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCIÓN PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ GIL RUT
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
ALEJOS RAMIREZ LUIS
FERRER SOROLLA RUBEN
CASANOVA SOTO MARTA
CATALAN ADIVINACION GLORIA
GALINDO ESTEBAN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
TAL COMO DESCRIBI EN MEMORIA ANTERIOR SE HIZO UNA PRIMERA SESIÓN INFORMATIVA AL EAP PARA PRESENTAR EL PROYECTO E INCENTIVAR A LOS PROFESIONALES EN JUNIO DE 2017. SE FACILITARON ENTONCES LOS LISTADOS DE CADA CIAS CON PRESCRIPCIONES ACTIVAS DE OLMESARTAN MEDOXIMILO.
SE ENVIARON LOS LISTADOS EN JUNIO DE 2017.
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES CON TTOS COMBINADOS TRIPLE WHAMMY, CADA FACULTATIVO OBTUVO SUS LISTADOS A TRAVES DEL CUADRO DE MANDOS.
SE PRODUJERON EN EL SEGUNDO PERIODO DEL PROYECTO (AÑO 2018) CAMBIOS EN LA COMPOSICION DE LOS INTEGRANTES D EL GRUPO INICIAL POR TEMAS LABORALES, QUE OBLIGARON A HACER UNA NUEVA SESION DE PRESENTACION DEL PROYECTO ENTRE LOS NUEVOS MEDICOS LLEGADOS EN MAYO DEL 2018, POR LO QUE LA EFICACIA INICIAL DEL PROYECTO SE REDUJO. SIRVIO TAMBIEN DE RECORDATORIO ALRESTO DE LOS COMPONENTES DEL EQUIPO PARA S EGUIR INTERVINIENDO EN ESTE APARTADO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN EL CS TERUEL CENTRO EL NUMERO DE PACIENTES CON PRESCRIPCION TRIPLE WHAMMY HA DISMINUIDO UN 25,5 % ENTRE MARZO D EL 2017 (202 PACIENTES CON TRIPLE PRESCRIPCION Y ENERO 2019 (161 PACIENTES)).
EL CORTE INTERMEDIO HABIA SIDO DE 173 PACIENTES EN SEPTIEMBRE DEL 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ENTENDEMOS QUE TAL VEZ HAYA FALTADO MAS TAREA GRUPAL, REUNIRNOS PARA VER COMO ESTABA YENDO EL PROYECTO, PERO LOS CAMBIOS HABIDOS EN LA COMPOSICION DEL EQUIPO HAN SUPUESTO UN LASTRE PARA LA ADECUADA CONTINUIDAD D EL PROYECTO. ASIMISMO COMO COMENTE EN LA MEMORIA ANTERIOR EN EL CASO DE LAS PRESCRIPCIONES DE OLMESARTAN HABIA QUE IR A LA BUSQUEDA A CTIVA (LISTADO POR PROFESIONAL)NO COMO EN EL CASO DE LA TRIPLE WYAMY, DONDE DESDE EL CUADRO DE MANDOS SE PODIA A CCEDER EN UN SOLO GOLPE DE VISTA A COMO IBAMOS EN CUANTO A ESTE INDICADOR DE FARMACIA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1176 ===== ***

Nº de registro: 1176

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Autores:
URBISTONDO BLASCO PILAR, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, HERNANDEZ GIL RUTH, ALEJOS RAMIREZ LUIS, FERRER SOROLLA RUBEN, CASANOVA SOTO MARTA, CATALAN ADIVINACION GLORIA, GALINDO ESTEBAN MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1176

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CS DE TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CNANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) U YTRIPLE WHAMMY

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Olmesartán medoxomilo (C09CA08) fue el principio activo del subgrupo terapéutico de los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (C09CA) que mayor gasto supuso para el Sector Teruel en 2016 (189.998 € y 2.760 DDDs) seguido de Valsartán (C09CA03) (162.830 € y 60.728 DDDs)*. La revista francesa Prescrire, en la reciente actualización de la lista de medicamentos a evitar según la evidencia disponible, recomienda evitar la prescripción de olmesartán medoxomilo por efectos gastrointestinales (diarreas crónicas y pérdida de peso), y utilizar otras alternativas más favorables (ver Protocolo de Intercambio Terapéutico (PIT) de ARA II disponible para los hospitales de Aragón). La triple combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy. Los pacientes con prescripción triple whammy (TW) presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible, y de lo contrario, monitorizar estrechamente los niveles de creatinina y de potasio. Actualmente en el EAP del centro de salud "Teruel Centro", existen un total de 160 ARs con prescripción activa de olmesartán medoxomilo y 215 pacientes con la combinación farmacológica triple whammy.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones: selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad; y revisión/ajuste de los tratamientos combinados TW (IECA o ARA II + diurético + AINE). Mejora de la seguridad de los tratamientos farmacológicos. No utilizar olmesartán medoxomilo como ARA II de elección por sus efectos adversos gastrointestinales (diarrea crónica y pérdida de peso). Existen otras alternativas disponibles más eficientes y seguras. No prescribir tratamientos combinados triple whammy (IECA o ARA II + diurético + AINE) para disminuir el riesgo de fallo renal agudo (FRA). En el caso de que no fuera posible, monitorizar niveles de creatinina y de potasio.

MÉTODO

1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo. El FAP enviará a los MAP un listado de los pacientes de su cupo con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT establecido y aceptado para los hospitales de Aragón. Se enviarán los listados en marzo 2017 y septiembre 2017.

2. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con tratamientos combinados TW. A través del CM de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán mensualmente un listado con los pacientes de su cupo con una prescripción activa TW para su posterior revisión y adecuación.

3. Tras revisión y evaluación de cada caso se determinará la pertinencia puntual de la triple asociación farmacológica, y en dichos pacientes se monitorizará la función renal para la evaluación de posibles daños, en cuyo caso se retirará la medicación que se considere menos oportuna.

INDICADORES

-Disminución del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo.

Objetivo: 50%.

-Disminución del número de pacientes con prescripción TW.

Objetivo: 95%

DURACIÓN

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1176

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMY

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE PILAR URBISTONDO BLASCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL CENTRO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ GIL RUT
ALEJOS RAMIREZ LUIS
FERRER SOROLLA RUBEN
CASANOVA SOTO MARTA
CATALAN ADIVINACION GLORIA
GALINDO ESTEBAN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SESION INFORMATIVA AL EAP PARA PRESENTAR EL PROYECTO E INCENTIVAR A LOS PROFESIONALES (JUNIO 2017).
SE FACILITARON LISTADOS DE CADA CIAS CON PRESCRIPCIONES ACTIVAS DE OLMESARTAN MEDOXIMILO. SE ENVIARON LOS LISTADOS EN JUNIO 2017.
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES CON TTOS COMBINADOS TRIPLE WHAMY. CADA FACULTATIVO OBTUVO SUS LISTADOS A TRAVES DEL CUADRO DE MANDOS. .
EN OCTUBRE S E ENVIO RECORDATORIO A TRAVES DE CORREO ELECTRONICO INTERNO A TODOS LOS PROFESIONALES HACIENDO HINCAPIE EN LA NECESIDAD DE REVISION DE NUESTROS OBJETIVOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN EL CORTE FINAL SE OBSERVA UNA LEVE AUNQUE PROGRESIVA MEJORA EN LA CONSECUION DEL OBJETIVO DE DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES CON TRIPLE WHAMY
AUNQUE AUN MUY LEJOS DEL OBJETIVO INICIAL PLANTEADO. EL NUMERO DE PACIENTES CON PRESCRIPCION TRIPLE HA BAJADO EN TODO EL PERIODO
UN 31 % (DE 215 A 168 PACIENTES)
EN CUANTO AL NUMERO DE PRESCRIPCIONES DE OLMESARTAN MEDOXIMILO EN EL PRMER PERIODO DISMINUYERON LEVEMENTE (DE UN 23,2 % A UN 22,5%,,
SIN EMBARGO AHORA SE COMPRUEBA EN EL ESTUDIO QUE HAN AUMENTADO A UN 26,7% CON RESPECTO AL PUNTO DE PARTIDA INICIAL EN MARZO DEL 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
NOS PARECE QUE TAL VEZ HAYA FALTADO MAS TAREA GRUPAL DE REUNIRNOS PARA VER COMO ESTABA YENDO EL PROYECTO.
ASIMISMO EN EL CASO DE LAS PRESCRIPCIONES DE OLMESARTAN HABIA QUE IR A LA BUSQUEDA ACTIVA (LISTADO POR PROFESIONAL) NO COMO EN EL CASO DE LA TRIPLE WHAMY DONDE DESDE EL CUADRO DE MANDOS PODIAMOS ACCDER EN UN SOLO GOLPE DE V ISTA A COMO IBAMOS EN CUANTO A CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS.
DE OTRA PARTE NOS HA PARECIDO QUE EL PERIODO DE TIEMPO HA SIDO CORTO Y TAL VEZ TENGAMOS QUE SEGUIR EN LA MISMA LINEA, ASUMIENDO QUE LOS RESULTADOS OBTENIDOS NO HAN SIDO LOS ESPERADOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1176 ===== ***

Nº de registro: 1176

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMY

Autores:
URBISTONDO BLASCO PILAR, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, HERNANDEZ GIL RUTH, ALEJOS RAMIREZ LUIS, FERRER SOROLLA RUBEN, CASANOVA SOTO MARTA, CATALAN ADIVINACION GLORIA, GALINDO ESTEBAN MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

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 - 2016/1176

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO.SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARAI) Y TRIPLE WHAMMY

Línea Estratégica .: Seguridad clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Olmesartán medoxomilo (C09CA08) fue el principio activo del subgrupo terapéutico de los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (C09CA) que mayor gasto supuso para el Sector Teruel en 2016 (189.998 € y 2.760 DDDs) seguido de Valsartán (C09CA03) (162.830 € y 60.728 DDDs)*. La revista francesa Prescrire, en la reciente actualización de la lista de medicamentos a evitar según la evidencia disponible, recomienda evitar la prescripción de olmesartán medoxomilo por efectos gastrointestinales (diarreas crónicas y pérdida de peso), y utilizar otras alternativas más favorables (ver Protocolo de Intercambio Terapéutico (PIT) de ARA II disponible para los hospitales de Aragón). La triple combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy. Los pacientes con prescripción triple whammy (TW) presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible, y de lo contrario, monitorizar estrechamente los niveles de creatinina y de potasio. Actualmente en el EAP del centro de salud "Teruel Centro", existen un total de 160 ARS con prescripción activa de olmesartán medoxomilo y 215 pacientes con la combinación farmacológica triple whammy.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones: selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad; y revisión/ajuste de los tratamientos combinados TW (IECA o ARA II + diurético + AINE). Mejora de la seguridad de los tratamientos farmacológicos. No utilizar olmesartán medoxomilo como ARA II de elección por sus efectos adversos gastrointestinales (diarrea crónica y pérdida de peso). Existen otras alternativas disponibles más eficientes y seguras. No prescribir tratamientos combinados triple whammy (IECA o ARA II + diurético + AINE) para disminuir el riesgo de fallo renal agudo (FRA). En el caso de que no fuera posible, monitorizar niveles de creatinina y de potasio.

MÉTODO

1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo. El FAP enviará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT establecido y aceptado para los hospitales de Aragón. Se enviarán los listados en marzo 2017 y septiembre 2017.

2. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con tratamientos combinados TW. A través del CM de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán mensualmente un listado con los pacientes de su cupo con una prescripción activa TW para su posterior revisión y adecuación.

3. Tras revisión y evaluación de cada caso se determinará la pertinencia puntual de la triple asociación farmacológica, y en dichos pacientes se monitorizará la función renal para la evaluación de posibles daños, en cuyo caso se retirará la medicación que se considere menos oportuna.

INDICADORES

-Disminución del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo.

Objetivo: 50%.

-Disminución del número de pacientes con prescripción TW.

Objetivo: 95%

DURACIÓN

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1210

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL CASTILLO GUILLAMON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TERUEL CENTRO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MESADO ZAPATA SILVIA
TERUEL BAREA MARIA CARMEN
POMAR MARTIN MARIA LOURDES
CRESPO GONZALVO MARIA PILAR
MONTERO PEREZ ASCENSION
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Actualización de listados de pacientes.
-Instalación del programa informático, creación de la nueva base de datos. El Servicio de Informática del Hospital Obispo Polanco (HOP) está terminando de implantar el programa informático que ha desarrollado el Servicio de Informática del Hospital de Alcañiz para facilitar el seguimiento de los pacientes diabéticos que utilizan TRG.
-A fecha de 25 de enero de 2018, el programa sólo está disponible en el SFAP. Se ha creado una nueva base de datos en dicho programa con datos de pacientes a los que se dispensan TRG actualmente (nombre, tipo de DM, tipo de TRG que utiliza); datos de profesionales del Sector (CIAS (médico, enfermera) de los EAP del Sector Teruel); y de los distintos tipos de TRG disponibles para su dispensación en Aragón (Acuerdo Marco 10/2015).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Actualización de los listados de pacientes a los que se dispensan TRG en el EAP de Teruel Centro (tipo de DM, diabetes gestacional, éxitus, pacientes desplazados) por CIAS, a partir de la base de datos antigua que tenemos en el SFAP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente terminar de desarrollar la parte del programa que permita a los EAP del Sector hacer la solicitud de tiras para cada paciente a través de una aplicación web del programa y monitorizar la dispensación y consumo de TRG.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1210 ===== ***

Nº de registro: 1210

Título
MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS

Autores:
CASTILLO GUILLAMON MIGUEL, MESADO ZAPATA SILVIA, TERUEL BAREA MARIA CARMEN, POMAR MARTIN MARIA LOURDES, CRESPO GONZALVO MARIA PILAR, MONTERO PEREZ ASCENSION, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, PEREZ DIEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
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
El autoanálisis de glucemia forma parte del proceso de educación diabetológica y su objetivo es mejorar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1210

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS

control metabólico del paciente diabético mediante la prevención de hipoglucemias y ajuste de la medicación, de la dieta o del ejercicio físico.

La frecuencia de autoanálisis será la necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos establecidos individualmente, con especial importancia en pacientes insulino dependientes, en diabetes gestacional y en situaciones de alto riesgo de desestabilización: cambios en el tratamiento farmacológico, utilización de medicamentos hiperglucemiantes, enfermedades intercurrentes, etc.

Las tiras reactivas de glucemia (TRG) son productos sanitarios de alto coste que están incluidos en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Sanidad (SNS). En el Sector Teruel, la distribución de TRG se realiza de forma directa desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP) a los equipos de atención primaria (EAP). Como medio de educación terapéutica y con el objetivo de garantizar el correcto uso de las TRG para obtener el mayor beneficio posible, desde la Dirección de Continuidad Asistencial del Servicio Aragonés de Salud se elaboró en 2013 un protocolo de frecuencia de autoanálisis de glucemia capilar, revisado por el Grupo de Trabajo de la Estrategia de Diabetes en Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Implantación de un programa informático que facilite el seguimiento de los pacientes diabéticos que utilizan TRG (tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético, grado de estabilidad de la enfermedad (estable/inestable), frecuencia del autoanálisis, tipo de TRG que utiliza); y monitorizar la dispensación y el consumo de TRG para mejorar la coordinación entre medicina y enfermería.
2. Mejora de la educación diabetológica mediante el seguimiento de la dispensación de TRG para el autoanálisis de glucemia.
3. Mejora del control glucémico de los pacientes diabéticos que utilizan TRG.
4. Mejora de la adherencia de los pacientes diabéticos a la consulta de enfermería.

MÉTODO

1. Instalación de un programa informático para el control, por parte de los profesionales, de la dispensación de tiras.
2. Programación de sesiones formativas para la difusión del protocolo de frecuencia de autoanálisis en Aragón y para el uso del programa informático.
3. Designación de un coordinador de diabetes del EAP que colabore con el SEFP en la implantación del programa y en el que se centralice la petición de TRG para los pacientes del EAP.
4. Revisión de los pacientes del EAP que utilizan TRG. Se cumplimentará una solicitud para cada paciente que incluya tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético actual, TRG y frecuencia de autoanálisis que precisa. El impreso se remitirá al SFAP para su inclusión en el programa informático.
5. Programación de sesiones de educación diabetológica a nuestros pacientes.
6. Seguimiento de las dispensaciones de TRG y relación con los objetivos terapéuticos (HbA1C). Se dará acceso al programa informático de gestión de TRS al personal médico y de enfermería.

INDICADORES

- Registro de sesiones formativas para personal médico y de enfermería sobre criterios de utilización de TRG y manejo del programa informático implantado.
Estándar: 2 sesiones formativas (marzo 2017 y diciembre 2017)
- Número de pacientes en los que se revisa el uso de TRG (número de impresos de solicitud de TRG completos y remitidos al SFAP/total de pacientes que utilizan TRG del EAP). Estándar: 100% de pacientes.
- Registro de sesiones formativas para los pacientes diabéticos en el EAP.
Estándar: 1-2 sesiones formativas al año.
- Satisfacción percibida por los pacientes con educación en salud. Encuesta pre y post formación. Promedio: 8-10 puntos.
- Utilización eficiente de TRG. Disminución del coste de TRG para el EAP. Límite Inferior (LI): 10% y Límite Superior: 15%.

DURACIÓN

Abril-Mayo 2017.

- o Instalación del programa informático, creación de la nueva base de datos. Responsables: Servicio de Informática HOP, SFAP.
- o Sesiones formativas para profesionales. Responsable: Farmacéutico de AP.
- o Designación de un coordinador de diabetes del EAP.
Responsable: Coordinador médico/enfermería EAP.

Junio-Diciembre 2017.

- o Revisión de los pacientes que utilizan TRS, programación de sesiones formativas para pacientes y seguimiento de las dispensaciones de TRG.
Responsable: EAP.

Enero 2018.

Evaluación de resultados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1210

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0633

1. TÍTULO

GRADO DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO EQUIPO DEL DVA Y GRADO DE CONOCIMIENTO DEL MISMO DE NUESTROS PACIENTES. COMO LO DAMOS A CONOCER. GRADO DE REGISTRO DEL DVA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR URBISTONDO BLASCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL CENTRO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABAD LAGUIA ROSA
CATALAN ADIVINACION GLORIA
SOGUERO GARCIA ISMAEL
ALANDETE GERMAN LUIS
PLOU IZQUIERDO SARA
SALESA NAVARRO LUCIA
FERRER SOROLLA RUBEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas consistieron primero en una encuesta anonima realizada a los 21 compañeros del centro, con las siguientes preguntas

-¿conoces la existencia del DVA?

-¿sabes donde localizarlo ?

-¿sabes que hay un registro para ello en OMI?

-¿lo utilizas en tu actividad habitual de la consulta?

-¿crees que forma parte de nuestra tarea como profesional de AP el tratar estos aspectos con nuestros pacientes?..

Tras analizar resultados ocurría que aunque la mayoría conocen este DVA y mas de la mitad sabían que había un registro y donde localizarlo, nunca lo utilizamos en nuestra actividad habitual aunque mayoritariamente pensemos que forma parte de nuestra tarea profesional.

Esta encuesta la pase de forma inesperada en mayo, antes de la sesión de presentación del proyecto que fue también en mayo y donde como punto de partida presente estos resultados de la encuesta.

Después de la encuesta anonima a los profesionales, y sesión de presentación de proyecto, el resto de actividades han consistido en recordatorios periodicos a los profesionales via correo electronico (cada dos meses) de la continuidad del proyecto y ofrecimiento personal como persona responsable del proyecto para resolver in situ tantas dudas como se iban planteando. En cuanto a esto ultimo tengo que decir que las dudas eran casi siempre de mecanica del procedimiento (donde estaba el protocolo en OMI) y en algun caso en "como " hacerlo, como introducirlo en la consulta . La respuesta en este ultimo caso era hacerlo de forma integral en la cumplimentacion de la historia clinica, como un item mas, en el caso de pacientes de "novo", y con mas cobertura en el caso de pacientes con algun familiar afecto de proceso terminal.

En verano instruccion tambien a los medicos sustitutos para seguir la continuidad del proyecto.

-Asimismo pedimos folletos en soporte papel del DVA que pusimos en la sala de espera a disposicion de los pacientes para que se informaran al respecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

los resultados alcanzados han sido los siguientes:

numero de registros realizados 330

numero de registro que contestan si tener cumplimentado el dva 5

El indicador utilizado ha sido la pregunta que viene en el protocolo de OMI sobre voluntades anticipadas donde dice ¿tiene usted cumplimentado documento de voluntades anticipadas? . si /no

Dada la situacion de partida se han efectuado 330 registros en el periodo valorado, por lo cual se ha superado ampliamente las expectativas iniciales.

Entendemos que el impacto del proyecto ha sido importante puesto que ha puesto de manifiesto de una lado la poca informacion que tenían nuestros pacientes y el agrado con el que han recibido la misma, puesto que muchos de ellos se mostraban interesados en el procedimiento para tramitar el DVA.

Impacto positivo asimismo a nivel de los profesionales del equipo, que han podido informarse para informar a sus pacientes asi como introducir este aspecto en el quehacer de la consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En conclusion estamos satisfechos con los resultados obtenidos y que se han podido evidenciar en los resultados numericos asi como en el interes de los profesionales por conocer y transmitir la informacion, obetiendo un feed-back positivo de los pacientes al ser informados de estos aspectos de la sistencia.

Satisfaccion tambien porque creo que hemos conseguido vencer la inicial resistencia del equipo a trabajar estos temas en consultasin que ocurra nada.

Satisfaccion porque creo que lo hemos incorporado en nuestro quehacer diario.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0633

1. TÍTULO

GRADO DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO EQUIPO DEL DVA Y GRADO DE CONOCIMIENTO DEL MISMO DE NUESTROS PACIENTES. COMO LO DAMOS A CONOCER. GRADO DE REGISTRO DEL DVA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/633 ===== ***

Nº de registro: 0633

Título
GRADO DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO EQUIPO DEL DVA Y GRADO DE CONOCIMIENTO D EL MISMO DE NUESTROS PACIENTES. ¿COMO LO DAMOS A CONOCER?. GRADO DE REGISTRO DEL DVA

Autores:
URBISTONDO BLASCO PILAR, ABAD LAGUIA ROSA, CATALAN ADIVINACIOIN GLORIA, SOGUERO GARCIA ISMAEL, ALANDETE GERMAN LLUIS, PLOU IZQUIERDO SARA, SALESA NAVARRO LUCIA, FERRER SOROLLA RUBEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NEOPLASIA, TERMINALES, PCC...Y CUIDADORES Y FAMILIAIRES DE LOS A NTERIORES ASI COMO POBLACION INTERESADA.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A RAIZ DE LA PREOCUPACION PERSONAL POR ESTE TIPO DE PROBLEMAS, SE ME PLANTEO PRGUNTAR A MIS COMPAÑERO QUE GRADO DE CONOCIMIENTO TENIAN ELLOS DE ESTAS CUESTIONES TAN IMPORTANTES COMO ES EL HECHO DE PREGUNTAR A NUESTROS PACIENTES COMO QUIEREN QUE SE MANEJEN DESDE EL PUNTO DE VISTA SANITARIO LOS ULTIMOS MOMENTOS DE SUS VIDAS. TENIA LA PERCEPCION SUBJETIVA DE QUE NOS C OSTABA MUCHO HABLAR DE ESTO CON NUESTROS PACIENTES, Y NO TENIA CLARO SI I SABIAMOS INCLUSO COMO HACERLO . CON ESTE PUNTO DE PARTIDA S E ME OCURRIO ELABORAR UNA ENCUESTA ANONIMA ENTRE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO Y PLANTEAR ESTE PROYECTO DE MEJORA, PARA PRIMEERO MEJORAR LA INFORMACION ENTRE TODOS NOSOTROS Y REGISTRAR O MEJORAR EL REGISTRO SI YA SE HACIA DE SI EL PACIENTE TIENE UN DVA.

RESULTADOS ESPERADOS
1-MEJORAR LA CALIDAD DE LA INFORMACION ENTRE NOSOTROS Y ENTRE NUESTROS PACIENTES.
-2-REGISTRAR EN OMI SI LOS PACIENTES TIENE HECHO UN DVA.
-3-COMO OBJETIVO SECUNDARIO SI ALGUIEN MANIFIESTA INTERES EN CUMPLIMENTARLO DERIVAR A TRABAJADORA SOCIAL DEL CENTRO.
-4- LA POBLACION DIANA SERIA POBLACION DE NUESTROS CUPOS QUE ESTUVIESE EN PROGRAMA DE ESAD, TERMINALES, PCC, CUIDADORES Y FAMILIARES DE ESTOS PACIENTES...Y A TODOS LOSQUE S E MUESTREN INTERESADOS.

MÉTODO
-1- ENCUESTA PREVIA A PROFESIONALES QUE YA HA SIDO REALIZADA A LOS MIEMBROS DEL EQUIPO EN ABRIL 2018.
-2-SESION INFORMATIVA A LOS COMPAÑEROS DEL EQUIPO.
-3-PRESETACION DEL DVA Y DE SU LUGAR DE R EGISTRO EN OMI .
-4-PRESENTACION DEL PROYECTO.

INDICADORES
-EL INDICADOR SERIA EN OMI EN EL PROTOCOLO DE DVA VER CUANTOS CUANTOS DVA HAY REGISTRADOS O NO REGISTRADOS, PERO EN LOS QUE SE HAYA HECHO LA PREGUNTA.

DURACIÓN
- INICIO ABRIL 2018. FIN DICIEMBRE 2018.

OBSERVACIONES

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 - 2018/0633

1. TÍTULO

GRADO DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO EQUIPO DEL DVA Y GRADO DE CONOCIMIENTO DEL MISMO DE NUESTROS PACIENTES. COMO LO DAMOS A CONOCER. GRADO DE REGISTRO DEL DVA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1512

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE OVACE

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA MARTIN RODRIGUEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TERUEL CENTRO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ADALID GUILLEN URSULA
IBÁÑEZ JULIAN MARIA PILAR
LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR
MONTON BARRERA ESTRELLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nos pusimos en contacto con las direcciones del colegio de Educación Especial La Arboleda y el Colegio Público Miguel Valles, para comentarles nuestro proyecto y ambos mostraron gran interés en él y fueron los encargados de informar en sus centros de la sesión que íbamos a impartir, programa, horarios... A pesar de estar dirigido principalmente a monitores de comedor, fue la Dirección de cada centro quien decidió que trabajadores asistirían, en el caso del colegio La arboleda la dirección quiso que asistiesen el 100% de sus empleados, cuidadores, profesores, educadores... que hacían un total de 32 asistentes. En el caso del colegio Miguel Valles asistieron las monitoras del comedor y personal de cocina, 7 en total. Tal y como habíamos programado realizamos sendas sesiones de 1 hora aproximadamente, en las cuales realizamos una exposición, con ayuda de Power Point, de unos 30 minutos de duración en la que explicábamos las estructuras anatómicas tanto del paciente adulto como del pediátrico, tipos de atragantamiento y cómo actuar ante ellos. Posteriormente, lo llevamos a la práctica, implicando a todos los participantes, tanto de la maniobra de Heimlich como de la posición Lateral de Seguridad, que la usaríamos si el atragantamiento se resuelve con esta, también realizamos RCP básica, que tendríamos que aplicarla si el atragantamiento no se resuelve y el paciente pierde la conciencia y entra en Parada Cardiorrespiratoria, con ayuda tanto de los maniqués para entrenamiento de las maniobras de resucitación cedidos por el Centro de Salud, como de muñecos de juguete que nosotras mismas aportamos al proyecto, ya que nos parecían de un tamaño más adecuado al paciente tanto bebe como pediátrico, y pensamos que así nuestras explicaciones se podían ajustar más a la realidad. Tras la sesión, dejamos en los colegios Tres posters explicativos tanto de la Maniobra de Heimlich, como de la Posición Lateral de Seguridad y RCP básica, para que puedan quedarse expuestos en los comedores o aquellos espacios donde la direcciones de los centros considere oportuno, y así, en caso de darse esta situación adversa los trabajadores con un vistazo rápido recuerden los conocimientos adquiridos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al término de las sesiones, los asistentes nos manifiestan verbalmente su satisfacción con la sesión y que se sienten más seguros y preparados ante un posible efecto adverso de estas características que pueda sucederles en su trabajo diario. En las encuestas que pasamos al finalizar, prácticamente en todas nos manifiestan la corta duración de la sesión, y en muchas nos dicen que les hubiese gustado tener más tiempo para poner en práctica todo lo aprendido. En uno de los colegios, todos los asistentes nos dan una puntuación de entre 9 y 10 de satisfacción global con la actividad y lo mismo para contenidos y el material didáctico utilizado. Esta valoración es más baja cuando les preguntamos por la duración de la actividad, nos indican que les ha parecido insuficiente. Sin embargo, en el otro colegio, hay más variedad de opiniones en cuanto a la valoración, en general la satisfacción global con la actividad también es de entre 9 y 10, pero para un pequeño porcentaje de asistentes la valoración es más baja, además de manifestar la duración insuficiente de la sesión y que les hubiese gustado tener más tiempo para practicar, se quejan de que las condiciones de la sala no son las adecuadas y que no les parecen apropiados los muñecos de juguete con los que realizamos las explicaciones, ya que consideran que deberían ser maniqués de entrenamiento reales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los asistentes han aprendido a realizar Correctamente la Maniobra de Heimlich, posición lateral de Seguridad y RCP básica y tras observar la buena acogida que hemos tenido y la satisfacción de los participantes manifestada verbalmente en las sesiones, a pesar de que en las encuestas hay alguna valoración un poco más baja, todos los miembros del equipo estamos muy satisfechas con los resultados obtenidos. En algunas de las encuestas los asistentes nos sugieren realizar este tipo de sesiones periódicamente para evitar que, en caso de no llevarlo a la práctica, se olviden los conocimientos adquiridos. De ser así, nos sugieren que estas sesiones sean de mayor duración y aumentando sobre todo el tiempo invertido en llevar a la práctica todo lo aprendido.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1512

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE OVACE

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1512 ===== ***

Nº de registro: 1512

Título
ACTUACION ANTE OVACE

Autores:
MARTIN RODRIGUEZ MARIA, LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR, IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR, ADALID GUILLEN URSULA, MONTON BARRERA ESTRELLA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En algunos colegios se ha generado una demanda por parte de los monitores de los comedores hacia ciertos profesionales sanitarios para actuar en casa de atragantamiento de los niños a su cargo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Los monitores de comedor de algunos colegios de Teruel, conocerán cómo deben actuar ante un atragantamiento a través de la realización de talleres.
- Realización de actividades para educar y formar ante esta urgencia.
- Se propone la adquisición de habilidades para saber actuar ante una OVACE.

MÉTODO
1. Conocer los tipos de atragantamientos (parcial o total)
2. Enseñar cómo deben actuar ante cada tipo de atragantamiento hasta la llegada de los Servicios Sanitarios.

INDICADORES
- Encuesta inicial para determinar el grado de conocimiento previo de los monitores.
- Encuestas posteriores para determinar el grado de adquisición de conocimientos una vez realizados los talleres.
- Número de monitores que han participado en el taller / número total de monitores.
- Encuesta de satisfacción a los monitores que recibirán la formación.

DURACIÓN
Desde Septiembre 2018 hasta 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 - 2019/0297

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE LUCIA SALESA NAVARRO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TERUEL CENTRO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENDEZ SORIANO MARIA CARMEN
POMAR MARTIN MARIA LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el primer trimestre de 2019 Mari Carmen Mendez Soriano, Maria Lourdes Pomar y Lucía Salesa Navarro elaboramos las bases y contenido formativo del proyecto y nos pusimos en contacto con la dirección de los 5 Centros escolares de educación primaria adscritos a la zona básica de Salud Teruel Centro : "Las Anejas", "Miguel Vallés", " Pierres Vedel", " Las Viñas" y "La Purísima" para presentarles nuestro proyecto y conocer si estaban interesados en integrarlo en las actividades educativas de su centro escolar. Cuatro de ellos aceptaron participar en nuestro proyecto y establecimos un cronograma para poder implementar el proyecto en las aulas compatibilizándolo con nuestra tarea asistencial en el centro de salud Teruel Centro.

En el mes de marzo mantuvimos reuniones con los equipos directivos de cada centro educativo, Carmen Méndez y Lucía Salesa nos encargamos de concretar y distribuir los días y grupos con los que implementar el proyecto. Para ello tuvimos en cuenta la reserva previa del material docente para las prácticas que nos facilitó la unidad docente de Atención Primaria de Teruel. La puesta en marcha en las aulas se llevó a cabo los miércoles y viernes de abril y mayo de 2019, adaptándonos al horario escolar de los cuatro centros educativos que participaron: "Miguel Vallés", " Pierres Vedel", "Las Viñas" y "La Purísima".

La idea era acudir a la puesta en marcha las tres componentes del proyecto pero por necesidades del servicio Lourdes Pomar algunos días no pudo asistir para atender la consulta de pediatría.

El cronograma de implementación fué el siguiente:

3 de abril de 2019, Pierres Vedel, grupos de segundo, quinto y sexto de educación primaria (4 sesiones).
10 de abril de 2019, Las Viñas, trabajamos con 2 grupos de primero y otros dos de segundo (4 sesiones).
24 de abril de 2019, Las Viñas, alumnos de tercero y cuarto dos grupos en cada curso (4 sesiones).
8 de mayo de 2019, Pierres Vedel, grupos de primero, tercero y cuarto de primaria (4 sesiones).
10 de mayo de 2019, Miguel Vallés, primer y segundo curso de primaria, 2 grupos de cada uno (4 sesiones).
15 de mayo de 2019, Las Viñas, quinto y sexto de primaria 2 grupos por curso (4 sesiones)
17 de mayo de 2019, Miguel Vallés, tercero y cuarto de primaria 2 grupos por curso (4 sesiones).
22 de mayo de 2019, La purísima, primero, segundo y tercero de primaria (4 sesiones).
24 de mayo, Miguel Vallés, quinto y sexto de primaria 2 grupos por curso (4 sesiones).
29 de mayo de 2019, la purísima, cuarto, quinto y sexto de primaria (4 sesiones).

Hemos dedicado diez jornadas y cuarenta sesiones formativas dirigidas a los grupos de niños establecidos en cada colegio de primero a sexto de Educación Primaria. En total han participado 623 niños y 48 profesores. Las sesiones han tenido una duración aproximada de una hora con una parte expositiva y otra práctica. Utilizamos un lenguaje sencillo, simplificando cada actuación y aplicando reglas mnemotécnicas, canciones, simulaciones con globos de agua, ilustraciones y videos para optimizar el aprendizaje. Pretendemos que aprendan a identificar situaciones de urgencia vital, saber dónde pedir ayuda de calidad estableciendo una comunicación efectiva con el interlocutor, prestando en caso necesario las maniobras pertinentes y a su vez insistir y desarrollar valores de responsabilidad ciudadana en estas situaciones.

Para valorar la adquisición de conocimientos hemos utilizado una encuesta de 6 preguntas tipo test con tres opciones de respuestas cada una. La encuesta la pasaban los profesores de los alumnos unos días antes de la sesión formativa y al finalizar la sesión formativa la volvían a completar.

La secuencia de las sesiones es la siguiente: comenzamos la sesión con una lluvia de ideas para conocer de qué conocimientos partimos y continuamos con la exposición de diapositivas ilustrativas sobre los conceptos a tratar (primeros auxilios, llamada al 112 de calidad, posición lateral de seguridad, maniobras de RCP básica, actuación ante atragantamientos y manejo del desfibrilador). La parte expositiva la finalizamos con la proyección de dos videos ilustrativos para afianzar los conceptos tratados. Durante la parte práctica dividimos al grupo creando cuatro talleres, cada profesional dirige uno y los niños van rotando por cada uno de ellos, contamos con la ayuda de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Teruel.

La distribución de los talleres es la siguiente: alumnos de segundo curso de la escuela de enfermería de Teruel, (Paula Hueso Camañes, Pedro Ferrer Casas, Clara Clemente López y María Ginés Sancho (cada sesión participan 2 de ellos) dirigen la valoración del nivel de conciencia, respiración y la posición lateral de seguridad practicándolo por parejas, Carmen Méndez en otro coordina el aprendizaje y práctica a través de role-play la actuación correcta ante atragantamientos, en otro con Lourdes Pomar con ayuda de los maniqués realizan la maniobra de RCP básica y por último con Lucía Salesa realizan la secuencia de RCP completa con llamada al 112 y manejo del desfibrilador. Para finalizar la sesión insistimos en que transmitan los conocimientos aprendidos a familiares y amigos (la transmisión indirecta de estos conceptos puede llegar a mayor parte de la población y fomentar el interés y responsabilidad ciudadana ante las situaciones vitales). Vuelven a realizar el cuestionario de evaluación y les obsequiamos con un diploma de participación.

Una vez implementado el proyecto en las aulas, Lucía Salesa realiza la gestión y el análisis de los datos obtenidos en las encuestas.

En Junio de 2019 presentamos el proyecto como Comunicación Oral y como Video en las "XVII Jornadas de Trabajo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0297

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO

sobre Calidad en Salud, XV Congreso de la sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial" celebrado en Teruel y fueron seleccionados para defenderlos los días 21 y 22 de junio respectivamente Lucía Salesa se encargó de ambas defensas.

En Octubre de ese mismo año presentamos los resultados del proyecto en las "XII Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco" celebrado el 22 y 23 de Octubre. Siendo aceptado para defenderlo como Comunicación Oral y seleccionada ex aequo, como mejor Comunicación Oral, Lucía Salesa se encargó de la defensa.

El 29 de Octubre de 2019 presentamos y compartimos nuestro proyecto con los compañeros del centro de salud Teruel centro y queda pendiente compartirlo con otros equipos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este proyecto han participado 623 niños y 48 maestros de educación primaria de cuatro centros educativos de Teruel. Según los datos facilitados por el Departamento de Educación representa un 27,1% del total de alumnos de primaria de la capital Turolense, un 8,3 % de los alumnos matriculados en ese curso escolar en la Provincia de Teruel y un 0,8% con respecto a los escolares de primaria en Aragón. En cuanto a la distribución por sexos un 46,9 % son niños y un 53,1 % son niñas. Respecto a la participación de los colegios en función de los alumnos ha sido la siguiente: un 15,4% corresponde a los alumnos del Colegio "Pierres Vedel", un 20,5% a los alumnos del Colegio "La Purísima", un 24,9 % a los alumnos de "Miguel Vallés" y un 39,2% a los alumnos de "Las Viñas". La distribución por cursos ha sido bastante homogénea los alumnos de primero representan un 14% al igual que los de sexto, segundo un 18,5 % y tercero un 18,8 %, cuarto un 17,3% y quinto un 17,5%.

La encuesta que hemos utilizado para evaluar la adquisición de conocimientos consta de 6 breves preguntas con tres opciones de respuesta cada una, solamente les pedíamos que rodearan la respuesta correcta (muy sencillas sobre los aspectos más importantes tratados en la sesión puesto que ha sido realizada por niños de 6 a 12 años).

En adelante mostramos la composición, orden de las cuestiones y relevancia de las respuestas obtenidas:

En la primera les pedíamos que indicarán el teléfono de emergencias sanitarias: antes de iniciar la sesión el 90 % de los niños conocían el teléfono de emergencias sanitarias y tras la sesión el 99,68 % la conocían, como curiosidad solamente 2 niños no contestaron correctamente.

La segunda era para que indicarán cómo valorar la respiración de una persona inconsciente (ver, oír y sentir) el 84 % lo hicieron bien antes y el 97 % después de la sesión.

En la tercera pregunta les pedíamos que ante un accidente en el patio supieran que debían de colocar a su compañero en posición lateral de seguridad, en la encuesta previa a la sesión un 73,6 % contestó correctamente y un 94,2 % lo hizo bien tras la sesión.

En la cuarta cuestión les planteamos otro caso práctico para que nos indicarán que debían iniciar maniobras de RCP, en la sesión previa un 90,5 % lo contestó bien mejorando también en la encuesta tras la sesión que respondieron correctamente un 97,7%.

La quinta cuestión valoraba la actuación correcta ante una obstrucción de la vía aérea, también planteada con un caso real en el parque, antes de la sesión respondieron correctamente el 84 % de los niños y después de la sesión lo hicieron bien el 97%.

Por último en la sexta cuestión preguntamos acerca de la relación entre compresiones y ventilaciones ante una RCP, antes de la sesión sólo el 34 % de los niños respondieron correctamente frente al 85 % que lo supieron después de la sesión.

Centrándonos en los indicadores propuestos para evaluar el proyecto son los siguientes:

Número de alumnos que han participado en el proyecto: 623 representan el 100% de los alumnos que acudían al aula, representa un porcentaje superior al estándar de participación propuesto que era de un 80%.

Número de profesores que participan en el proyecto: 48. Representan el 100% de los profesores que acudían al aula, también representa un porcentaje superior al propuesto que era de un 80%.

Respuestas correctas en el cuestionario realizado por los alumnos antes de la sesión: 2242 representa 60% de las respuestas correctas en el cuestionario antes de la sesión, en esta variable no propusimos estándar, su valor era meramente comparativo.

Respuestas correctas en el cuestionario realizado por los alumnos después de la sesión : 3364 representa 90% de las respuestas correctas en el cuestionario después de la sesión, indicador también superado puesto que nuestro estándar de respuestas correctas establecido era del 70%.

Respuestas correctas en el cuestionario realizado por los profesores antes de la sesión: 230 representa 80 % de las respuestas correctas en el cuestionario antes de la sesión .

Respuestas correctas en el cuestionario realizado por los profesores después de la sesión: 288 representa 100 % de las respuestas correctas en el cuestionario después de la sesión. Respecto a las respuestas de los profesores no nos habíamos planteado ningún estándar de evaluación pero hemos conseguido un 100% de respuestas correctas tras la sesión, estamos muy satisfechas puesto que según las encuestas antes y después de la sesión es evidente que los profesores también han mejorado los conocimientos en primeros auxilios, muchos de ellos nos plantean sus dudas y en general todos ellos nos agradecieron la intervención educativa calificándola de necesaria tanto para alumnos como para profesores e insistieron en que debería de hacerse de forma periódica .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos muy satisfechas con los resultados obtenidos tanto en participación por parte de los centros educativos (que han colaborado y se han adaptado a nuestros horarios propuestos) como por parte de los niños que han mostrado gran interés por todos los conceptos que hemos transmitido, principalmente por el manejo del DESA y las maniobras de RCP sobre maniqués. La mayoría era la primera vez que tenía la ocasión de hacer RCP y cabe destacar que la mayoría son capaces de reproducir la maniobra con una posición correcta, el manejo del DESA les ha entusiasmado, en general tenían miedo y después de la práctica eran capaces de manejarlo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0297

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO

correctamente.

Los colegios participantes crearon y compartieron videos en sus redes sociales con las instantáneas captadas en las sesiones, recordando técnicas, canciones y por supuesto colaborando con nosotras en la difusión de todos los conceptos, despertando el interés de familiares y amigos de los niños que han participado en el proyecto. Además de las habilidades adquiridas y según el análisis de los datos de las encuestas podemos concluir que las respuestas correctas han mejorado después de la sesión, el test de Chi cuadrado para todas las respuestas del cuestionario comparando el momento antes y después de la sesión es una $p < 0.01$ que indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Los resultados correctos han mejorado significativamente tras la sesión, lo cual nos sugiere que niños y profesores han aumentado los conocimientos en esta materia y por tanto presumimos que los participantes del proyecto han mejorado sus conocimientos, destrezas y habilidades.

Satisfechas con los resultados obtenidos en el proyecto, por la difusión de algunos medios de comunicación a nivel local y también a nivel interno en las diferentes redes sociales de cada centro educativo y para dar respuesta a la demanda de los mismos, nos quedaba pendiente formar a los niños de primero de primaria que el curso anterior estaban en infantil y a los que este año cursan este ciclo. En esta ocasión Carmen Méndez y Lucía Salesa nos propusimos adaptar los conceptos de primeros auxilios a los niños de educación infantil y primero de primaria durante este curso escolar 2019/2020. A mediados de junio de 2019 hablamos con los colegios para planificar las sesiones pendientes. Durante octubre y noviembre de 2019 adaptamos las sesiones formativas y trabajamos con los niños infantil y primero de primaria en los mismos centros educativos, con ellos para la práctica trajeron su propio muñeco. Las sesiones tuvieron lugar el 23 de octubre a partir de las 12 en el colegio "La purísima" dos sesiones en una incluimos a los niños de primero y segundo de infantil y en la otra tercero de infantil y primero de primaria (2 sesiones) y en 24 de octubre en el "Pierres Vedel" con mismo horario y distribución de los grupos. El 4 de noviembre se llevó a cabo en el colegio "Miguel Vallés" y el 6 de noviembre en "Las Viñas" en estos colegios tuvimos que dedicar toda la mañana, 4 sesiones en cada colegio juntando alumnos de los dos grupos por curso. En total participaron 401 niños de infantil y primero de primaria. Contamos con la participación de Carmen Gabarre y Luís Fogued alumnos de tercero de enfermería.

La experiencia ha sido muy positiva y agradable y como profesionales nos queda la satisfacción de haber podido trabajar con estas dos muestras (niños de primaria y niños de infantil). Pensamos que es muy necesario en nuestra sociedad que desde la educación primaria e infantil se incluyan este tipo de conocimientos en la población, y se vayan actualizando en cada curso escolar. Nos parece muy importante que estas nociones de primeros auxilios sean bien aprendidas para que perduren en el tiempo y si en alguna ocasión es necesario ponerlas en práctica no se tenga miedo a actuar, hacerlo de forma correcta y lo antes posible ya que mejora la supervivencia del paciente y disminuyen las futuras secuelas.

Tras todo el trabajo realizado durante 2019, más de 1000 niños formados en sus aulas en primeros auxilios, ofreciéndoles la posibilidad de conocer, practicar, manipular material de primeros auxilios, conocer la importancia y necesidad de saber actuar ante estas situaciones. Consideramos que es necesario replicar este proyecto cada curso escolar y en todos los centros educativos con diferentes formatos, incluyendo casos prácticos, ampliar conceptos utilizar nuevas herramientas para fomentar y ampliar progresivamente estas destrezas y habilidades. Para que sepan enfrentarse con mayor seguridad y serenidad ante posibles situaciones vitales a lo largo de su vida. Sobre evidencia en los actuales estudios para seguir trabajando en la formación. En la medida de lo posible debemos de contribuir en la formación de ciudadanos más responsables y autosuficientes y eso es labor de todos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/297 ===== ***

Nº de registro: 0297

Título
PROYECTO DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO

Autores:
SALESA NAVARRO LUCIA, MENDEZ SORIANO MARIA CARMEN, POMAR MARTIN MARIA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0297

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Es evidente que la formación en prevención y RCP básica tiene una importante repercusión social y sanitaria y puede cumplir un papel educativo importante en la formación del niño al estimular los valores solidarios y el desarrollo de la responsabilidad.

Teniendo en cuenta el aumento de los medios de reanimación en lugares públicos consideramos que es importante que la mayor parte de la población conozca su funcionamiento y sepa utilizarlos.

Los primeros auxilios son un contenido que actualmente no están incluidos en la Educación Primaria (6-12 años) y cuya enseñanza da respuesta a una necesidad latente que la sociedad actualmente demanda de un modo implícito y sin duda desde el punto de vista educativo asentaría una buena base desde la que partir posteriores enfoques.

Está demostrado que las actuaciones de promoción de salud deben realizarse donde las personas viven, estudian, juegan y se relacionan.

La etapa escolar es el momento más adecuado para recibir la formación en promoción de la salud, prevención de accidentes y medidas de reanimación. Presenta numerosas ventajas:

La formación escolar permite no sólo realizar una enseñanza inicial sino un reciclaje en cursos superiores lo que refuerza significativamente el aprendizaje.

La formación se realiza en la etapa de la vida con mayor capacidad de aprendizaje y en la que existe una gran motivación.

Es fácil integrar la formación en prevención y RCP básica en la educación para la salud dentro del currículo escolar.

La formación durante el periodo escolar permite un fácil acceso a la mayoría de la población.

El efecto de la formación en prevención es más duradero y es capaz de estimular y/o modificar los hábitos de conducta.

RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto de intervención educativa en primeros auxilios va dirigido a escolares de educación primaria de los colegios de la zona de salud Teruel centro.

Se plantea como objetivo general que el alumno conozca el concepto de primeros auxilios y las diferentes pautas de actuación en cada situación y la importancia de saber activar los servicios de emergencia disponibles.

Objetivos específicos:

Conocer el teléfono de alerta sanitaria y saber desenvolverse para dar los datos básicos de la urgencia.

Aprender la maniobra de Heimlich, manejar un DESA, realizar una RCP básica, y colocación de posición lateral de seguridad.

MÉTODO

Nos pondremos en contacto con la dirección de los centros escolares de educación primaria de la zona básica de salud Teruel Centro, para presentarles nuestro proyecto y saber si están interesados e integrarlo en las actividades educativas de cada centro escolar.

La metodología que vamos a utilizar en la puesta en marcha de esta intervención educativa va a tener un carácter expositivo, participativo y práctico.

En cuanto a la adquisición de habilidades se empleará el aprendizaje por modelado y repetición, los ponentes realizarán las técnicas o maniobras y los alumnos las practicarán a continuación.

INDICADORES

Número de alumnos que participan en la sesión/Número total alumnos matriculados. Estándar de participación = 80 % de los alumnos.

Número de profesores que participan/Número total profesores. Estándar de participación =80% del profesorado.

Respuestas correctas en cuestionario realizado antes de la sesión/total preguntas del cuestionario.

Respuestas correctas en cuestionario realizado tras la sesión/total preguntas del cuestionario. Estándar respuestas correctas =70%.

DURACIÓN

El proyecto se iniciará en marzo de 2019, poniéndonos en contacto con las Direcciones de los centros escolares para presentarles nuestro programa y coordinar la puesta en marcha de las intervenciones educativas en los distintos cursos escolares.

Durante el mes de marzo trabajaremos en la preparación de los contenidos a exponer.

Las intervenciones se pondrá en marcha en el último trimestre de curso escolar 2018/2019. Finalizadas las intervenciones educativas evaluaremos la participación y la adquisición de conocimientos en las sesiones.

El tiempo estimado para la sesión es 1 hora:

Presentación de los componentes de la sesión.

Lluvia de ideas sobre los conceptos a tratar, breve cuestionario para evaluar los conocimientos previos a la sesión (10 minutos).

Presentación teórica a través de una exposición de diapositivas ilustrativas sobre los conceptos y pautas de actuación en situaciones de urgencias y emergencias(15 minutos).

Distribución de los alumnos en tres grupos para practicar la posición lateral de seguridad, maniobra de Heimlich, Reanimación Cardiopulmonar con la ayuda de maniquís, manejo del Desfibrilador Semiautomático DESA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0297

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE PRIMARIA EN CENTROS ESCOLARES DE TERUEL CENTRO

(25 minutos).

Se realizará de nuevo el cuestionario para valorar los conocimientos y habilidades aprendidas durante la sesión. Resolveremos el cuestionario todos juntos para aclarar dudas y afianzar conocimientos (10 minutos). Para finalizar se dejará un tiempo reservado para dudas y preguntas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1000

1. TÍTULO

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE PILAR URBISTONDO BLASCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL CENTRO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUILLEN SANTOS ISABEL
SOGUERO GARCIA ISMAEL
CATALAN ADIVINACION GLORIA
APARICIO CLEMENTE RAQUEL
ABAD LAGUIA ROSA MARIA
GALVE ROYO AGUSTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A PRINCIPIOS DE ABRIL ELABORACION DEL PROTOCOLO DE ACTUACION POR EL GRUPO DE TRABAJO DEL PROYECTO A MEDIADOS DE ABRIL SESION FORMATIVA DE PRESENTACION A LOR PROFESIONALES DEL EQUIPO, INCLUYENDO LA ENTREGA A TODOS ELLOS DE UNA HOJA CON LOS CRITERIOS MODIFICADOS DE CENTOR POR MC ISAAC PARA TENERLA A MANO EN LA CONSULTA. INFORMACION A TODOS LOS COMPAÑEROS DE DONDE SE ENCONTRABAN LOCALIZADOS LOS STREPTOTEST PARA FAVORECER LA ACCESIBILIDAD EN CASO DE NECESITARLO. RECUERDO DE REALIZACION DEL ESTREPTOTEST EN DIRECTO. A FINAL DE JUNIO NUEVA PRESENTACION AL EQUIPO DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS, MANEJO DEL ESTREPTOTEST, Y CRITERIOS ACTUALIZADOS DE ANTIBIOTICOS DE PRIMERA Y SEGUNDA ELECCION EN ESTOS PROCESOS, EN SESION CLINICA A CARGO DE ISABEL GUILLEN.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se analizaron las prescripciones de antibioticos sistemicos asociadas a los diagnosticos CIAP R72(FARINGITIS /AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA), R74 (FARINGITIS AGUDA) Y R76 (AMIGDALITIS AGUDA) EN PACIENTES ADULTOS. LOS RESULTADOS PARA EL CENTRO DE SALUD TEREUL CENTRO EN DICIEMBRE D E 2018 (PREINTERVENCION) Y DICIEMBRE 2019 (POST-INTERVENCION) HAN SIDO:

1-Reducir el consumo de antibioticos en famigdalitis, ante la alta prevalencia de procesos viricos:nº de faringoamigdalitis con tto antibiotico a 31 de diciembre de 2018 con respecto a las famigdalitis con tto antibiotico a diciembre de 2019.
-numero de faringoamigdalitis (CIAP R72,R74 Y R76) con tto antibiotico 3891 (diciembre 2018) vs 3408 (diciembre 2019)
Por CIAP. DICIEMBRE 2018: 14,1% R72, 66,1% R74 Y 19,7% R76
DICIEMBRE 2019: 21,3% R72, 56,8% R74Y 21,9% R76

2-Reducir el uso de azitromizina en los procesos famigdalares agudos, debido a la elevada resistencia a la misma: comparar % de azitromicina pautada en estos procesos en 2018 con respecto a la pautada en 2019.
-prescripciones de azitromicina a sociadas a los diagnosticos CIAP R72, R74, R76
DICIEMBRE 2018 34,3% vs 25,3% DICIEMBRE 2019 (p<0.05)

3-Aumentar el tto de la famigdalitis estreptococica con penicilina o amoxicilina.
--%prescripciones activas de antibioticos de primera eleccion (fenoximetilpenicilina, fenoximetilpenicilina-benzatina, amoxicilina, bencilpenicilina, bencilpenicilina-benzatina) asociadas al diagnostico CIAP R72:
DICIEMBRE 2018 57,6% vs 74,8% DICIEMBRE 2019 (p <0.05).

FUENTE DE DATOS: sistema de informacion basado en las prescripciones realizadas en receta electronica (DATA farmacia).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En conclusion, estamos satisfechos con los resultados obtenidos, porque en el poco tiempo en que se ha realizado el proyecto hemos conseguido los objetivos que nos habiamos marcado:
-hemos disminuido el numero de tratamientos antibioticos realizados en estos procesos en 483 desde diciembre de 2018 hasta diciembre de el 2019, probablemente por una mejoria en el diagnostico de estos procesos.
-hemos disminuido tambien el uso de azitromicina en los procesos amigdalares agudos en un % significativo, de donde se infiere una toma de conciencia por parte de los profesionales de lo ineficaz que resulta la prescripcion de antibioticos con elevada tasa de resistencias.
-hemos mejorado en el tratamiento de las faringoamigdalitis estreptococicas utilizando en mayor % los antibioticos que son de primer eleccion.
-Nos hemos actualizado en el diagnostico y manejo de estos procesos que tan frecuentes son en la consulta de AP.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1000

1. TÍTULO

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

Seria recomendable que sigamos en esta línea de actuación, que por otra parte como se ha incorporado a nuestra rutina de trabajo, creo que continuara, en beneficio de todos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1000 ===== ***

Nº de registro: 1000

Título
MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
URBISTONDO BLASCO PILAR, GUILLEN SANTOS ISABEL, SOGUERO GARCIA ISAMEL, CATALAN ADIVINACION GLORIA, APARICIO CLEMENTE RAQUEL, ABAD LAGUIA ROSA MARIA, GALVE ROYO AGUSTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La faringoamigdalitis aguda es un motivo frecuente de consulta al médico y familia y su etiología más frecuente es viral, pudiendo ser del 5 al 15% por otras causas, fundamentalmente el estreptococo beta-hemolítico del grupo A. A pesar de ello se prescriben con frecuencia antibióticos, hasta el 80% con efectos secundarios para el paciente, selección de resistencias y gasto sanitario innecesario.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LA APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA, basándose en la valoración clínica inicial y uso de escala de centros modificada por Milsaac, realizando tratamiento antibiótico en las que se sospecha etiología estreptocócica.
MEJORAR LA INDICACIÓN ANTIBIÓTICA, antibiótico adecuado, dosis y días de uso. Primera elección de penicilina o amoxicilina, y en caso de alergias a la penicilina, la josamina y clindamicina, puesto que eritromicina, claritromicina y azitromicina presentan resistencia hasta en el 30 de los casos.
Puesto que este proyecto se ha presentado también en Teruel Ensanche, pensamos que dado que todos los médicos implicados en el mismo o en su mayoría hacen guardias, permitiría asimismo mejorar el tratamiento de estos procesos en la atención continuada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1000

1. TÍTULO

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

MÉTODO

- 1- Elaboracion de un protocolo de actuación ante la faringoamigdalitis del adulto basado en los criterios de CENTRO.
- 2-Sesion formativa a todos los profesionales sanitarios del centro de salud teruel centro.
- 3-Posibilidad de tratamiento antibiotico diferido segun evolucion: reevaluacion a las 72 horas si persistencia de síndrome febril.

INDICADORES

- 1-Reducir el consumo de antibioticos en faringoamigdalitis del adulto, ante la alta prevalencia de procesos viricos: numero de faringoamigdalitis con tratamiento antibiotico en 2018 con respecto a las faringoamigdalitis con tratamiento antibiotico en 2019.
- 2-Reducir el uso de azitromicina en los procesos faringoamigdalares agudos, debido a la elevada resistencia a la misma: comparar el porcentaje de azitromicina prescrita en esos procesos en 2018 con respecto a la prescrita en 2019.
- 3-Aumentar el tratamiento de faringoamigdalitis estreptococicas con penicilina o amoxicilina: antibiotico de primera eleccion (penicilina o amoxicilina) en faringoamigdalitis estreptococica/ total de antibiotico en faringoamigdalitis aguda.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1000

1. TÍTULO

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

DURACIÓN

EL PROYECTO SE DESARROLLARÁ A LO LARGO DE TODO EL 2019 CON EL SIGUIENTE CALENDARIO.
ABRIL- Elaboración del protocolo de actuación por el grupo de trabajo del proyecto .
ABRIL-Sesión formativa de presentación a los profesionales del equipo.
SEPTIEMBRE -Valoración de los indicadores a través del programa OMI-AP Y DATA de farmacia.
DICIEMBRE-Evaluación final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1321

1. TÍTULO

RECETA DEPORTIVA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL GERONIMO CASTILLO GUILLAMON

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS TERUEL CENTRO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Salir a caminar en grupos todos los martes y jueves de 16:30 a 17:30 acompañados por el profesorado y alumnado del Instituto.
- Se diseñan siete rutas de diferentes niveles de dificultad y nivel de ejecución.
- Agrupar a los participantes en dos niveles para poder atender las necesidades de cada uno de los usuarios.

CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO MARCADO Y RECURSOS EMPLEADOS

CALENDARIO:

Se ha cumplido según lo previsto desde septiembre hasta diciembre de 2019. El IES Francés de Aranda continúa con esta actividad hasta junio de 2020. Los profesionales sanitarios del Centro de Salud Teruel Centro continuarán colaborando.

RECURSOS HUMANOS:

- Plantilla de profesionales sanitarios de enfermería y medicina del Centro de Salud "Teruel Centro"
- Plantilla de profesorado (16 profesores) y alumnado (29 alumnos) del IES Francés de Aranda.

ACCIONES REALIZADAS:

- En marzo de 2019 los Coordinadores del EAP del Centro de Salud Teruel Centro se reúnen con el Director del IES Francés de Aranda, con la Coordinadora del Proyecto Nuria Tartaj Jefa del Departamento de Educación Física y con la Dirección de Atención Primaria. En dicha reunión se acepta el Proyecto, la presentación del mismo al EAP y se acuerda la elaboración y presentación de la receta deportiva.

- En abril de 2019 se presenta el Proyecto al EAP por parte de la Coordinadora del Centro de Salud, Pilar Urbistondo y del Coordinador de Enfermería Miguel Castillo.

- En abril de 2019 tiene lugar la presentación y exposición por parte de la Coordinadora del proyecto del IES Francés de Aranda al EAP.

- Se forma un grupo de trabajo y se designa como responsable del Proyecto al Coordinador de enfermería del Centro de Salud Teruel Centro.

PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO:

- En agosto se comienza a extender la receta deportiva.
- Se colocan Posters en las salas de espera.
- Se reparte en todas las consultas del Centro de Salud información impresa para entregar a los pacientes.
- Se recuerda al EAP de la puesta en marcha del proyecto, tanto por correo interno como en las diferentes reuniones de equipo.

- Se mantienen reuniones y conversaciones telefónicas con la Coordinadora del Proyecto para evaluar e informar de la marcha del mismo.

- En noviembre de 2019 con la incorporación de nuevos profesionales Facultativos y de Enfermería al equipo se informa de la participación del EAP del Centro de Salud Teruel Centro en el Proyecto "Caminar" y de las actividades a realizar.

MATERIAL PARA DESARROLLAR EL PROYECTO

- Material impreso
- Posters
- Elaboración de receta deportiva

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Recetas Deportivas emitidas tras acudir a consulta en el Centro de Salud:	40
De estos 40 usuarios realizan la actividad:	11
Recetas Deportivas emitidas por solicitud de los pacientes tras conocer el proyecto:	17
Total de Recetas Deportivas emitidas:	57
Usuarios que tienen la Receta Deportiva y no realizan la actividad:	29
Usuarios que inician la actividad y tienen receta deportiva:	28
Usuarios totales que inician la actividad:	32
Bajas por diferentes motivos:	3
NIVEL DE ASISTENCIA: 89.4 %	

BENEFICIOS:

- Físicos: Se consigue mejorar la resistencia aeróbica.
 - El grupo 1 (nivel de menor intensidad) en septiembre caminaba 3.200 m en 50 minutos y en diciembre 4.100 m en el mismo tiempo 50 minutos.
 - El grupo 2 (nivel de intensidad más alta) en septiembre caminaba 4.300 m en 55 minutos y en diciembre 5.200 m en el mismo tiempo 55 minutos.
- Sociales: Fomenta las relaciones interpersonales en el grupo y con los monitores.
- Emocionales: Combatir la soledad. Utilizar el tiempo libre o de ocio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1321

1. TÍTULO

RECETA DEPORTIVA

MÉTODO DE OBTENCIÓN Y FUENTES:
Coordinadora del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Escasa implicación del personal sanitario.
- Valorar con mayor precisión los pacientes que puedan ser derivados al programa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1321 ===== ***

Nº de registro: 1321

Título
RECETA DEPORTIVA

Autores:

CASTILLO GUILLAMON MIGUEL GERONIMO, HERRERO PEREZ ESMERALDA, CATALAN ADIVINACION GLORIA, POMAR MARTIN MARIA LOURDES, JIMENEZ NOGUES BEATRIZ, PUERTAS SANZ HENAR, ABAD POLO LAURA, MESADO ZAPATA SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras solicitar nuestra colaboración en el proyecto "Receta Deportiva" por el IES FRANCÉS DE ARANDA, dentro de sus actividades proyectadas hacia la comunidad, nos ha parecido una buena manera de dar forma y formato a la recomendación tantas veces hecha desde el entorno sanitario y concretamente desde la "Atención Primaria", de promover el ejercicio físico para mejorar el estado de salud a través de las modificaciones del estilo de vida. Utilizando los recursos que el propio instituto tiene, tanto materiales como humanos, queremos dotar de la posibilidad de realizar actividad física (salir a caminar) a todas aquellas personas que por necesidad de salud, por edad o por incapacidad social, necesitan de dicha práctica y no les es fácil realizarla. En la mayoría de los casos de personas mayores de 69 años, no se cumple con los mínimos de actividad física que lo OMS contempla para obtener beneficios en salud. Estos datos no se pueden dejar de lado si se tiene en cuenta que la inactividad física supone la cuarta causa de mortalidad en el mundo. La práctica del ejercicio físico, además de prevenir el riesgo de muerte temprana, ayuda a reducir las enfermedades coronarias, la hipertensión arterial, la diabetes, el Ictus, la depresión. Además, previene el aumento de peso, mejora la capacidad cardiorrespiratoria, la condición ósea y muscular y la calidad del sueño.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS

Promover de forma activa e individualizada un estilo de vida saludable a través de la prescripción de ejercicio (caminar)
Hacerlo en un formato familiar "la receta deportiva"
Prestar servicios de ejercicio físico con los objetivos de prevención y tratamiento de enfermedades
Dar un servicio a la población de la Zona Básica de Salud de Teruel Centro, para intentar mejorar la calidad de vida y aumentar la actividad
Mejorar la socialización en un entorno urbano, donde hay mucha población sola y envejecida.

MÉTODO

ACTIVIDADES Y OFERTAS

Comunicar al EAP, la existencia del Proyecto "Receta Deportiva"
Actividades acordadas con los profesionales del IES Francés de Aranda.
Elaborar y consensuar con dicho personal, la receta deportiva con la indicación de "Caminar" y las limitaciones sanitarias pertinentes.
Entrega en consulta de Primaria de la prescripción con el calendario y dirección para acceder a dicha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1321

1. TÍTULO

RECETA DEPORTIVA

actividad.
Participación de algún profesional sanitario en la actividad.

INDICADORES

INDICADORES

Número de personas que acuden a realizar la actividad deportiva / número de personas a las que se les prescribe "receta deportiva"
Porcentaje de personas que manifiestan mejoría de su calidad de vida con respecto al total de personas que acuden a realizar la actividad deportiva
Porcentaje de personas que dejan de realizar la actividad con respecto al total de personas que comenzaron a realizarla
Encuesta de satisfacción

DURACIÓN

DURACIÓN- CALENDARIO

4ª Semana de abril hasta junio de 2019

Etapa Preliminar:

Presentación del proyecto

Presentación de la receta

Elaboración de cartelería.

Inicio: finales de abril.

Septiembre:

Valoración a través del nº de recetas prescritas desde Atención Primaria y entregadas en el IES Francés de Aranda.

Encuesta de satisfacción

Diciembre: Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1380

1. TÍTULO

CRIBADO DE LA HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL CENTRO

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE LAURA ABAD POLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL CENTRO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PROYECTO : 2019_1380 (ACUERDOS DE GESTIÓN)

Hasta el momento actual, de las 8 las actividades iniciales propuestas solo hemos realizado las 3 primeras:

1. Propuesta al equipo de atención primaria para su realización.
2. Sesión informativa en abril 2019 para explicar la estrategia
3. Hablar con servicio de radiología, laboratorio y digestivo del Hospital Obispo Polanco.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No tenemos resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Propuesta al equipo de atención primaria para su realización.
 2. Sesión informativa en abril 2019 para explicar la estrategia
 3. Hablar con servicio de radiología, laboratorio y digestivo del Hospital Obispo Polanco.
 4. Selección de la población por factores de riesgo y abrir episodio en OMI de "Cribado sobre la Hepatitis C"
 5. Comprobación de existencia de serologías previas y sino solicitarlas en esta población
 6. Si serología positiva para anticuerpos VHC, solicitar ARN virus. Si éste es positivo, solicitar elastografía.
 7. Si serología y ARN positiva modificar episodio en OMI como "Hepatitis C"
 8. Seguimiento de los pacientes y registro de casos de Hepatitis C.
- Se han realizado los puntos 1,2 y 3. Los puntos 4, 5, 6, 7 y 8 no se han realizado puesto que ha sido complejo reunirse con todos los servicios implicados y consensuar una estrategia común. Además, el hospital carece de los medios necesarios para seguir la Estrategia planteada por lo que se ha tenido que rehacer el protocolo (no hay fibroscan, pero si ecógrafo con capacidad para la realización de elastografía por lo que el paciente no es derivado a una consulta llevada por personal de enfermería entrenado sino directamente interconsulta a digestivo). De la misma manera, no se han podido respetar los tiempos, no ha habido recogida de datos de mayo a octubre 2019. Lo que hemos realizado ha sido la difusión de la estrategia por todos los centros de salud del Sector Teruel. La intención es comenzar a recoger datos de aquí en adelante reestructurando los tiempos, solicitando serologías, registrando casos y siguiendo a los pacientes. A si mismo creemos necesario cambiar algún indicador como por ejemplo, en vez de N° de elastografías solicitadas, n° de interconsultas a digestivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1380 ===== ***

Nº de registro: 1380

Título
CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL CENTRO

Autores:
ABAD POLO LAURA, PLOU IZQUIERDO SARA, CASTILLO GUILLAMON MIGUEL GERONIMO, MARTINEZ SANCHEZ MARIA VICTORIA, RAMOS CASTILLO MARIA FUENSANTA, ALANDETE GERMAN LLUIS, ROYO MORENO MIREIA, APARICIO CLEMENTE RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cribado de pacientes para diagnóstico de Hepatitis C
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1380

1. TÍTULO

CRIBADO DE LA HEPATITIS C EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL CENTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A raíz de asistir a un seminario sobre la implementación en centros de salud del proyecto estratégico de manejo y control de la hepatitis C como problema de salud pública y con objeto de su eliminación en Aragón, me pareció interesante realizar en el centro de salud Teruel Centro un cribado en población de riesgo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Detectar casos de Hepatitis C en el centro de salud Teruel Centro.
2. Prevenir la adquisición y transmisión mediante el incremento del conocimiento sobre la Hepatitis C en la población general mediante la difusión de trípticos en el centro de salud.

MÉTODO

1. Propuesta al equipo de atención primaria para su realización.
2. Sesión informativa en abril para explicar la estrategia.
3. Hablar con servicio de radiología, laboratorio y digestivo del Hospital Obispo Polanco.
4. Selección de la población por factores de riesgo y abrir episodio en OMI de "Cribado de la Hepatitis C".
5. Comprobación de existencia de serologías previas y sino solicitarlas en esta población.
6. Si serología positiva para anticuerpos VHC, solicitar ARN virus. Si éste es positivo, solicitar elastografía (petición radiológica)
7. Si serología y ARN positiva modificar episodio en OMI como "HEPATITIS C".
8. Seguimiento de los pacientes y registro de casos de Hepatitis C.

INDICADORES

1. Prevalencia: nºcasos con VHC positiva entre población de riesgo.
2. Nº de casos de ARN positivo.
3. Nº de elastografías solicitadas.
4. Nº de pacientes con seguimiento y /o tratamiento en el servicio de digestivo.

DURACIÓN

1 año. Calendario: Marzo 2019: comunicación del proyecto. Abril 2019: sesión informativa. Mayo a Octubre 2019: recogida de datos. Diciembre 2019: Evaluación resultados 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 - 2018/0176

1. TÍTULO

ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ROSA MARIA LAYUNTA MARTINEZ
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CS TERUEL CENTRO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRUZ GALAN JOSE ANTONIO
DOMINGO MARTINEZ CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el tiempo de funcionamiento del proyecto se han realizado dos reuniones con los componentes del equipo para la puesta en marcha y establecimiento de acuerdos y objetivos.

Posteriormente se presentó a los equipos en dos sesiones clínicas, una en el Centro Salud Ensanche y otra en el Centro de Salud Teruel Centro.

Se procuró que todos los profesionales conociesen el proyecto dejando copia en su casillero

Se han realizado dos entrevistas con el Servicio de Atención al Paciente, una al inicio y otra durante el desarrollo con el fin de coordinar actuaciones y se han mantenido conversaciones telefónicas en casos concretos..

Se han atendido a un total de 14 mujeres, 8 pertenecientes al Centro de Salud Teruel Centro y 6 al Centro de Salud Teruel Ensanche

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha facilitado atención individualizada de la demanda, información y derivación hacia recursos.

En todos los casos se ha mantenido coordinación con los matrones de los EAP derivando para asesoramiento y/o intervención.

No ha podido realizarse por motivos ajenos a los componentes del equipo la gestión administrativa del procedimiento desde la unidad de Trabajo Social, de forma que en la intervención no ha podido evitarse la posterior derivación al Servicio de Atención al Paciente y en algunos casos la derivación directa sin intervención de Trabajo Social por los plazos que establece el procedimiento, la tramitación de la solicitud y derivación a la clínica de referencia.

En estos últimos casos se desconoce la evolución del proceso, y si ha habido demanda o no de otros recursos, sociales o sanitarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha del proyecto se inicia a mitad de mayo por lo que la población atendida no refleja el número real de mujeres atendidas durante un año.

No obstante dados los impedimentos legales para poder gestionar de forma integral el proyecto pensamos que puede resultar contraproducente el paso previo por la Unidad de Trabajo Social, con la consiguiente demora del proceso.

7. OBSERVACIONES.

Pensamos que podría ser beneficioso para las mujeres solicitantes de IVE reformular el procedimiento

*** ===== Resumen del proyecto 2018/176 ===== ***

Nº de registro: 0176

Título
ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Autores:
LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA, CRUZ GALAN JOSE ANTONIO, DOMINGO MARTINEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS
Sexo: Mujeres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0176

1. TÍTULO

ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Anticoncepción
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde la Unidad de Trabajo Social se ha detectado un número significativo de mujeres solicitantes de IVE. De ellas, la gran mayoría no utilizan o lo hacen de forma inadecuada, métodos de planificación familiar y/o de prevención de enfermedades de transmisión sexual. Se detecta también a mujeres jóvenes con reiterados embarazos, escasa formación y desconocedoras de las vías de acceso a los recursos sociosanitarios. Se observa igualmente un mal uso de otras prescripciones como puede ser la llamada píldora del día después, que llega a convertirse en la forma de planificación familiar habitual. De otra parte, la gestión del procedimiento del IVE, se realiza desde los Servicios de Atención al Paciente, convirtiéndose en un trámite meramente administrativo, se entrega un sobre con información generalizada para toda la población acerca de ayudas públicas disponibles para cuidados y atención de hijos y otras ayudas públicas, y transcurridos tres días se tramita la solicitud. Se echa en falta una atención personalizada que en función de las características de la mujer solicitante, recursos, formación, situación socioeconómica, pueda necesitar derivación a otros recursos del sistema sanitario como Servicios de Planificación Familiar o de Salud pública en caso de padecer enfermedades de transmisión sexual. En cuanto a la información sobre prestaciones sociales debería ser facilitada por un Trabajador Social, con conocimientos en el sector para garantizar el acceso a las prestaciones del sistema.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un proceso de acompañamiento en el proceso de IVE, desde el inicio, a través de la gestión de la demanda desde la Unidad de Trabajo Social, tramitación y seguimiento.

Garantizar el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción y de educación sexual.

Garantizar el acceso a la información acerca de prestaciones públicas de servicios sociales.

Reducir el número de embarazos no deseados, reiterados, entre las mujeres solicitantes

MÉTODO

Difusión del procedimiento entre los profesionales de los Equipos de Atención Primaria, Centro de Salud Teruel Centro y Centro de Salud Teruel Ensanche.

Atención individualizada de la demanda, información y gestión de prestaciones y recursos.

Coordinación con las matrones de los EAP y el COF, derivando para asesoramiento y/o intervención.

Gestión administrativa del procedimiento desde la unidad de Trabajo Social, de forma que en la intervención se limite al menor número de profesionales posibles y se fortalezca la alianza terapéutica.

Tramitación de la solicitud y derivación a la clínica de referencia

INDICADORES

Número de mujeres solicitantes de IVE pertenecientes a los centros de salud Teruel Centro / número de mujeres atendidas en la Unidad de Trabajo Social, a alcanzar el 50%

Número de mujeres atendidas en la Unidad de Trabajo Social/ número de mujeres derivadas a matrones y/o COF

DURACIÓN

Difusión entre los EAP, abril de 2018

Desarrollo y gestión del proyecto, a lo largo del año con continuidad en años sucesivos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0176

1. TÍTULO

ACOMPañAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1193

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN GALLARDO GANUZA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS TERUEL ENSANCHE
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ DIEZ CRISTINA
LOZANO PASAMAR MARIANO
ESTEBANELL ARNAL MARIA PILAR
MONGE ILLANES ALEJANDRO
ABADIA PUYUELO ALVARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- ABRIL DE 2017: se crea el Equipo de Mejora y se elabora el proyecto
- MAYO: se realiza sesión formativa en el Centro de Salud con la participación de todos los profesionales de medicina
- SEPTIEMBRE se realiza revisión de resultados en Cuadro de Mando de Farmacia
- OCTUBRE: nueva sesión formativa, recordando el proyecto, con la participación de todos los profesionales médicos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Revisado en septiembre el CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA, datos a 1 de julio (muy próximo al inicio del proyecto), con los siguientes INDICADORES:
- El número de pacientes con prescripción Triple Whammy ha disminuido en un porcentaje del 5,6%, con un total al 1 de julio de 151 casos, había 200 casos a fecha 1 de marzo.
- El número de pacientes en tratamiento con Olmesartán medoxomilo ha disminuido en un porcentaje del 2,4% entre 1 de marzo y 1 de julio con respecto al total de pacientes en tratamiento con ARA II

A 31 de diciembre nueva revisión del CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA, con los siguientes resultados:
• El número de pacientes con prescripción Triple Whammy ha disminuido en un porcentaje del 26,5%, detectándose en esta fecha, 147 pacientes con triple prescripción vs 200 pacientes a fecha del 1 de marzo (inicio del proyecto)
• El número de pacientes en tratamiento con Olmesartán medoxomilo ha disminuido en un porcentaje del 6,1% entre marzo y diciembre de 2017, con respecto al total de pacientes en tratamiento con un ARA II

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha producido una reducción del 26,5% de los pacientes con Triple Whammy. Hay que considerar que el dato puede ser variable, según el momento del corte, ya que en ocasiones los pacientes precisan por patologías agudas tratamientos cortos con antiinflamatorios.

En cuanto a los tratamientos con Olmesartán medoxomilo se han reducido en un 6,1%

Dada la importancia del proyecto, sobre todo en el Triple Whammy, en cuanto a la seguridad de los pacientes, se plantea seguir con el mismo para el año 2018, realizando una nueva sesión formativa en Marzo de 2018

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1193 ===== ***

Nº de registro: 1193

Título
MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1193

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN, PEREZ DIEZ CRISTINA, LOZANO PASAMAR MARIANO, ESTEBANELL ARNAL MARIA PILAR, MONGE ILLANES ALEJANDRO, PUEYO IZQUIERDO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

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, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Olmesartán medoxomilo fue el principio activo de los Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) que mayor gasto supuso para el Sector de Teruel en 2016 (189.998€ y 2.760 DDDs), seguido de Valsartán (162.830€ y 60.728 DDDs). La revista francesa Prescrire, en la reciente actualización de la lista de medicamentos a evitar según la evidencia disponible, recomienda evitar la prescripción de olmesartán medoxomilo por efectos gastrointestinales (diarreas crónicas y pérdida de peso) y utilizar otras alternativas más favorables (Protocolo de Intercambio terapéutico (PIT) de ARA II para los hospitales de Aragón).

La tripe combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy (TW). Los pacientes con prescripción TW presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible, y de lo contrario, monitorizar estrechamente los niveles de creatinina y de potasio.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones:

- 1) Selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad, evitando el uso de olmesartán medoxomilo como ARA II de elección por sus efectos adversos gastrointestinales (diarrea crónica y pérdida de peso), ya que existen otras alternativas disponibles más eficientes y seguras
- 2) La revisión y adecuación de los tratamientos combinados TW (IECA o ARA II más diurético más AINE), evitando su prescripción para disminuir el riesgo de fallo renal agudo. Y en el caso que no fuera posible, monitorizar niveles de creatinina y de potasio.

MÉTODO

1. Formación del grupo de trabajo
2. Sesión informativa a los médicos del Centro de Salud
3. Valoración individual de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo, por parte de su médico de Atención Primaria, para ello:
 - El farmacéutico de Atención Primaria enviará a los Médicos del Centro de Salud un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de dicho fármaco (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente), con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT
 - Los listados serán remitidos en marzo y septiembre de 2017
4. Seguimiento de los pacientes con tratamiento combinado TW:
 - A través del CUADRO DE MANDO DE FARMACIA (CIAS), los médicos del Centro de Salud podrán obtener un listado mensual con los pacientes de su cupo con prescripción activa TW
 - Posterior revisión y adecuación de los tratamientos de dichos pacientes: en los que se realizará una valoración de su función renal, para la detección del riesgo de fallo renal. Y en el caso de no poder retirar el fármaco una monitorización de creatinina y potasio mientras continúe con el mismo tratamiento.

INDICADORES

- Disminución en un porcentaje del 50% del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo. Dichos datos se extraerán del DATA de Farmacia, valorando los casos existente a 1 de marzo de 2017 (200 pacientes) y el porcentaje de reducción en septiembre y diciembre de 2017
- Disminución en un porcentaje del 100% del número de pacientes con prescripción TW. Actualmente en nuestro centro de salud se han detectado a 1 de marzo de 2017, 160 casos de TW. Estos casos se controlaran mensualmente en el cuadro de mando de Farmacia, con valoración final en diciembre de 2017

DURACIÓN

1. Formación del grupo de trabajo en marzo 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1193

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCION EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

- 2. Sesión informativa en 1ª quincena de abril de 2017
- 3. Envío de listados con prescripciones activas del olmesartán medoxomilo a cada profesional del centro de salud en marzo y septiembre de 2017
- 4. Listado mensual en el cuadro de mando de Farmacia, por CIAS, de los pacientes de su cupo con prescripción activa TW
- 5. Valoración de resultados 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 - 2016/1194

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE JUAN ANTONIO ZORRAQUINO LOZANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ DIAZ CRISTINA
MALO LOU CARMEN
LOPEZ ESCUER JOSE LUIS
ASTUDILLO COBOS JUAN
ANTON CRESPO MANUEL
ADAN SOMARRIBA MARIA TERESA
DIAZ DIAZ TANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- En la primera quincena de MARZO DE 2017: se creó el Equipo de Mejora
- Segunda quincena de MARZO: revisión de guía práctica clínica en el uso de IBP y análisis de los pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol.
- Extracción de los listados de los pacientes a través del DATA de FARMACIA (a fecha 1 de marzo)
- El día 6 de ABRIL: se realiza sesión formativa en el Centro de Salud con la participación de todos los profesionales de medicina
- En SEPTIEMBRE: revisión de indicadores del cuadro de mando de farmacia.
- Ante los resultados parciales de septiembre a finales de OCTUBRE: nueva sesión formativa, recordando el proyecto y la importancia del mismo, con la participación de todos los profesionales médicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Revisado en septiembre el CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA se observa que poseemos DATOS A 1 DE JULIO (muy próximo al inicio del proyecto), con los siguientes INDICADORES:

- Entre 1 de marzo y 1 de julio se ha incrementado en un 1,6% el número de pacientes con prescripciones activas de IBPs en receta electrónica
- El 59,95% (julio de 2017) de los pacientes están en tratamiento con un IBP correspondiente a Omeprazol vs el 59,7% (marzo 2017)

Revisado a 31 de diciembre el CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA se observan los siguientes resultados:

- Entre marzo y diciembre de 2017, se ha incrementado un 1,9% el número de pacientes con prescripción activa de IBPs en receta electrónica.
- El 59,1% de los pacientes están en tratamiento con un IBP correspondiente a Omeprazol vs al 59,7% en marzo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ante los resultados del proyecto, con aumento de la prescripción de IBPs y sin aumento de la prescripción de omeprazol, junto con la importancia del tema, se plantea continuar con el proyecto durante 2018.

Se realizará nueva sesión formativa en marzo, para recordar el mismo entre TODOS los profesionales y que cada profesional controle cada 3 meses su cuadro de Mandos de Farmacia, para ser conscientes de su propia evolución en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1194 ===== ***

Nº de registro: 1194

Título
MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Autores:
ZORRAQUINO LOZANO JUAN, PEREZ DIEZ CRISTINA, MALO LOU CARMEN, LOPEZ ESCUER JOSE LUIS, ASTUDILLO COBOS JUAN RAMON, ANTON CRESPO MANUEL ANGEL, ADAN SOMARRIBA MARIA TERESA, DIAZ DIAZ TANIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1194

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el Sector de Teruel, el incremento del gasto acumulado en el año 2016/2015 ha sido del 6,9%, debido al incremento del número de recetas (1,71%) y del gasto medio por receta (GPR) (5%). Ajustar el GPR es uno de los objetivos del programa de Uso Racional del Medicamento (URM) en Aragón, mediante medidas como la selección eficiente de moléculas, entre otras.

La prescripción de IBP en el C.S. Teruel Ensanche en 2016 supuso un gasto de 195.402 € (49,7% sobre el total de las prescripciones realizadas) y 802.293 DDDs. Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (supone el 14,7% de gasto sobre el total de la prescripción de IBPs), lansoprazol (11,6%), esomeprazol (9,8%), omeprazol (9,08%) y rabeprazol (4,6%)1.

Omeprazol es el IBP de elección frente al resto de principios activos del mismo subgrupo terapéutico, es el de mayor experiencia de uso, mejores y más prolongados estudios de seguridad y además, es el IBP de menor coste. Por ello, a igualdad de eficacia y seguridad, es el fármaco más eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es impulsar la selección eficiente de IBP para ajustar el gasto medio por receta en 2017, para ello:

1. No prescribir un IBP diferente de omeprazol, salvo en pacientes en tratamiento con clopidogrel y/o doble antiagregación y que precisen un IBP en los que se recomienda pantoprazol; y en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica ó gástrica en los que se recomienda lansoprazol bucodispersable.
2. Reducción del porcentaje de las prescripciones de IBP diferente a Omeprazol en aquellos pacientes en los que se considere pertinente el tratamiento con algún IBP
3. Retirada del IBP en los pacientes en los que no se considera necesario y pertinente dicha toma

MÉTODO

1. Conformación del grupo de trabajo y designación del responsable del mismo.
2. Revisión de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en el uso de los IBP actualizadas.
3. Sesión formativa a los profesionales del C.S. Teruel Ensanche para dar a conocer el proyecto y las recomendaciones de las GPC en el uso de los IBP.
4. Análisis de los pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a Omeprazol. Extracción del listado de pacientes a través del DATA de Farmacia (fecha de corte: 01/03/2017).
5. Revisión individual consecutiva de estos pacientes, asociado a la consulta habitual de los tratamientos con IBP, y propuesta de cambio. Cada CIAS tendrá disponibles en el Cuadro de Mandos (CM) de Farmacia listados de pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol en receta electrónica, actualizados mensualmente.
6. Sesión formativa a los profesionales del hospital acerca el proyecto de desprescripción y mejora de calidad de la prescripción de IBP.
7. Indicación al especialista hospitalario del cambio si se corresponde con una prescripción inducida.

INDICADORES

En el C.S. Teruel Ensanche, 2.887 pacientes (01/03/2017) tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica. Un 40,3 % de la población en tratamiento con IBP está sujeto a una prescripción diferente a Omeprazol: 16% pantoprazol, 13,3% lansoprazol 8,1% de prescripciones de esomeprazol, 2,6% rabeprazol y 0,4% esomeprazol+naproxeno

Nos planteamos:

- Reducir el porcentaje de pacientes en tratamiento con un IBP diferente a Omeprazol, en al menos un 10% a partir de las cifras actuales (40,3%)

? Aumentar un 10% el porcentaje de pacientes en tratamiento con IBP correspondiente a Omeprazol, actualmente corresponde a 59,7%

? Retirada, en al menos un 50%, de la prescripción de IBP en pacientes en los que no es pertinente dicha toma

? Reducción del gasto por principio activo y cálculo de modificación de gasto.

La evaluación del proyecto se realizará en diciembre de 2017 a través de los datos extraídos del DATA de Farmacia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1194

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

DURACIÓN

Desde el inicio del proyecto en marzo de 2017 hasta final de 2017

- Formación del grupo y revisión de guías clínicas hasta 1ª quincena de abril
- Sesión formativa a los profesionales del CS 2ª quincena de abril
- Entrega de listados a los profesionales para valoración de la adecuación del tratamiento de IBP y propuesta de cambio si procede
- Valoración del proyecto en septiembre de 2017 y 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 - 2016/1194

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE JUAN ANTONIO ZORRAQUINO LOZANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ DIAZ CRISTINA
MALO LOU CARMEN
LOPEZ ESCUER JOSE LUIS
ASTUDILLO COBOS JUAN
ANTON CRESPO MANUEL
ADAN SOMARRIBA MARIA TERESA
DIAZ DIAZ TANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE RECOPILAN DATOS DE PRESCRIPCION DE IBPS A JUNIO DE 2018 Y SE ESTABLECE COMPARATIVA CON EL AÑO ANTERIOR EL DIA 28 DE JUNIO DE 2018 SE REALIZA NUEVA SESION FORMATIVA DEL EAP, MEDIANTE PRESENTACION EN POWER POINT, Y SE RECUERDA LA PRESCRIPCION EFICIENTE DE LOS IBP'S Y LOS RESULTADOS DE LA COMPARATIVA QUE HABIAN EMPEORADO CON RESPECTO AL AÑO ANTERIOR.
TAMBIEN SE ESTABLECE ESTA CON LOS DEMAS SECTORES DE ARAGON Y ENTRE LOS DIFERENTES CUPOS DEL EAP.
SE RECOMIENDA REVISION DE PACIENTES PARA CADA CUPO E INTENTAR LA MEJORA DE LA MISMA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

REVISADOS LOS DATOS DE PRESCRIPCION DEL C. S. DE TERUEL ENSANCHE A FECHA 1 DE ENERO DE 2019, SE CONSTATAN EN TRATAMIENTO CON IBP 2834 PACIENTES, UN INCREMENTO DEL 0,36% CON RESPECTO AL AÑO ANTERIOR, ESTANDO UN 41% CON PRESCRIPCIONES DIFERENTES A OMEPRAZOL.
EL PORCENTAJE DE PACIENTES TRATADOS CON OMEPRAZOL A ESA FECHA ERA DEL 59,00 %, LO QUE REFERIDO A DICIEMBRE DE 2017 ES UN DESCENSO DEL 0,1% (59,1%)
LOS DATOS HAN SIDO OBTENIDOS EN CUADRO DE MANDOS DE FARMASALUD POR PARTE DE LA COMPONENTE DEL EQUIPO D^a CRISTINA PEREZ DIAS (FARMACEUTICA DE DIRECCION DE AP).
POR ELLO, ENTENDEMOS QUE EL IMPACTO DEL PROYECTO NO HA SIDO EL ESPERADO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA CONCLUSION ES QUE EL PROYECTO DE MEJORA NO HA RESULTADO EFECTIVO PARA LA CONSECUION DE LOS OBJETIVOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1194 ===== ***

Nº de registro: 1194

Título
MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Autores:
ZORRAQUINO LOZANO JUAN, PEREZ DIEZ CRISTINA, MALO LOU CARMEN, LOPEZ ESCUER JOSE LUIS, ASTUDILLO COBOS JUAN RAMON, ANTON CRESPO MANUEL ANGEL, ADAN SOMARRIBA MARIA TERESA, DIAZ DIAZ TANIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS

Sexo Ambos sexos
Edad Adultos
Tipo Patología Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .. Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .. Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque
Otro Enfoque.....

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1194

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

En el Sector de Teruel, el incremento del gasto acumulado en el año 2016/2015 ha sido del 6,9%, debido al incremento del número de recetas (1,71%) y del gasto medio por receta (GPR) (5%). Ajustar el GPR es uno de los objetivos del programa de Uso Racional del Medicamento (URM) en Aragón, mediante medidas como la selección eficiente de moléculas, entre otras.

La prescripción de IBP en el C.S. Teruel Ensanche en 2016 supuso un gasto de 195.402 € (49,7% sobre el total de las prescripciones realizadas) y 802.293 DDDs. Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (supone el 14,7% de gasto sobre el total de la prescripción de IBPs), lansoprazol (11,6%), esomeprazol (9,8%), omeprazol (9,08%) y rabeprazol (4,6%)1.

Omeprazol es el IBP de elección frente al resto de principios activos del mismo subgrupo terapéutico, es el de mayor experiencia de uso, mejores y más prolongados estudios de seguridad y además, es el IBP de menor coste. Por ello, a igualdad de eficacia y seguridad, es el fármaco más eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es impulsar la selección eficiente de IBP para ajustar el gasto medio por receta en 2017, para ello:

1. No prescribir un IBP diferente de omeprazol, salvo en pacientes en tratamiento con clopidogrel y/o doble antiagregación y que precisen un IBP en los que se recomienda pantoprazol; y en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica ó gástrica en los que se recomienda lansoprazol bucodispersable.
2. Reducción del porcentaje de las prescripciones de IBP diferente a Omeprazol en aquellos pacientes en los que se considere pertinente el tratamiento con algún IBP
3. Retirada del IBP en los pacientes en los que no se considera necesario y pertinente dicha toma

MÉTODO

1. Conformación del grupo de trabajo y designación del responsable del mismo.
2. Revisión de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en el uso de los IBP actualizadas.
3. Sesión formativa a los profesionales del C.S. Teruel Ensanche para dar a conocer el proyecto y las recomendaciones de las GPC en el uso de los IBP.
4. Análisis de los pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a Omeprazol. Extracción del listado de pacientes a través del DATA de Farmacia (fecha de corte: 01/03/2017).
5. Revisión individual consecutiva de estos pacientes, asociado a la consulta habitual de los tratamientos con IBP, y propuesta de cambio. Cada CIAS tendrá disponibles en el Cuadro de Mandos (CM) de Farmacia listados de pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol en receta electrónica, actualizados mensualmente.
6. Sesión formativa a los profesionales del hospital acerca el proyecto de desprescripción y mejora de calidad de la prescripción de IBP.
7. Indicación al especialista hospitalario del cambio si se corresponde con una prescripción inducida.

INDICADORES

En el C.S. Teruel Ensanche, 2.887 pacientes (01/03/2017) tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica. Un 40,3 % de la población en tratamiento con IBP está sujeto a una prescripción diferente a Omeprazol: 16% pantoprazol, 13,3% lansoprazol 8,1% de prescripciones de esomeprazol, 2,6% rabeprazol y 0,4% esomeprazol+naproxeno

Nos planteamos:

- Reducir el porcentaje de pacientes en tratamiento con un IBP diferente a Omeprazol, en al menos un 10% a partir de las cifras actuales (40,3%)

? Aumentar un 10% el porcentaje de pacientes en tratamiento con IBP correspondiente a Omeprazol, actualmente corresponde a 59,7%

? Retirada, en al menos un 50%, de la prescripción de IBP en pacientes en los que no es pertinente dicha toma

? Reducción del gasto por principio activo y cálculo de modificación de gasto.

La evaluación del proyecto se realizará en diciembre de 2017 a través de los datos extraídos del DATA de Farmacia

DURACIÓN

Desde el inicio del proyecto en marzo de 2017 hasta final de 2017

- Formación del grupo y revisión de guías clínicas hasta 1ª quincena de abril

- Sesión formativa a los profesionales del CS 2ª quincena de abril

- Entrega de listados a los profesionales para valoración de la adecuación del tratamiento de IBP y propuesta de cambio si procede

- Valoración del proyecto en septiembre de 2017 y diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1194

1. TÍTULO

**MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD DE TERUEL
ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES**

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

1. TÍTULO

PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE TANIA DIAZ DIAZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE
ZORRAQUINO LOZANO JUAN ANTONIO
LOU DOMINGO VICTORIANO
MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO
MONTANER GIMENEZ AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- ABRIL se da a conocer el proyecto a TODOS LOS MIEMBROS del Equipo del CS Teruel-Ensanche
- MAYO se rediseñan las charlas a realizar este año: HIPERCOLESTEROLEMIA Y CONSUMO DE SAL EN HTA
- JUNIO se realiza paseo con los profesionales del Centro por el CAMINO DEL CARBURO, próximo al río. Tras el paseo se opina que no es viable para realizar con los pacientes por estar muy alejado de nuestro Centro de Salud, por lo que se decide cambiar el lugar donde realizar el paseo.
- En la segunda quincena de JUNIO se presenta a los profesionales la charla de Hipercolesterolemia, en la que se hará alguna modificación y se presentara en Octubre a los pacientes.
- Se decide que en cada charla se pasará primero una encuesta al grupo para ver su nivel de conocimientos sobre el tema. Se volverá a pasar al final de la charla para poder ver los conocimientos adquiridos, así como una encuesta de satisfacción y de sugerencias.
- En JULIO Y AGOSTO se rediseña el paseo (en colaboración con la Universidad), que será temático por el PARQUE DE LOS FUEROS, y lo realizarán primero los profesionales del centro

La jubilación en agosto del responsable del proyecto (Dr. Ángel Pueyo Izquierdo) ha supuesto una pequeña pausa en el proyecto, si bien se siguen realizando actividades:

- Se ha diseñado el paseo de los profesionales con los pacientes por el parque de los Fueros, perteneciente a nuestra zona de salud, por el Dr. D. José Carrasquer (de la Facultad de Humanidades), experto conocedor de la zona y de la historia natural
- El Dr. D. José Carrasquer ha realizado un folleto del paseo y de la historia del parque y la naturaleza presente en el mismo, está siendo diseñado por alumnos de la Facultad de Bellas Artes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La jubilación del responsable inicial del proyecto, junto con la sobrecarga asistencial, ha supuesto un entrecimiento del mismo, pero los profesionales estamos interesados en el tema y dispuestos a continuar, por lo que se están estableciendo las nuevas actividades.
El grupo está muy concienciado de la importancia de la salud comunitaria y la participación de los pacientes en el cuidado de su propia salud.
Contamos con la colaboración especial del Dr. Ángel Pueyo, verdadero motor de este proyecto, que aunque se ha jubilado, desea participar en el mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como todo proyecto comunitario, la puesta en marcha de cada una de las etapas es costosa y requiere una importante motivación por parte de los profesionales, pero se ha planteado nuevas actividades para continuar con el mismo:

- Se está diseñando una encuesta de valoración de los conocimientos de los pacientes que deseen participar y se investigará también su motivación, para adaptar las charlas a sus necesidades.
- Dentro de cada cupo de medicina y enfermería se va a invitar a varios pacientes con factores de riesgo cardiovascular a participar en la actividad
- Durante este año nos proponemos comenzar con la primera charla a los pacientes en Marzo y el primer paseo en Abril.
- Se proyecta hacer al menos 2 charlas y 2 paseos al año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1195 ===== ***

Nº de registro: 1195

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

1. TÍTULO

PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

Autores:
PUEYO IZQUIERDO ANGEL, GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE, DIAZ DIAZ TANIA, ZORRAQUINO LOZANO JUAN, MONTANER GIMENEZ AMPARO, LOU DOMINGO VICTORIANO, MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España y en el mundo y para poder disminuir su incidencia y mortalidad es fundamental actuar sobre los factores de riesgo que favorecen su aparición.
Se distinguen dos tipos de factores de riesgo: NO MODIFICABLES, la edad, sexo y herencia genética y MODIFICABLES: tabaco, hipertensión arterial, dislipemias, diabetes mellitus, obesidad /sobrepeso, sedentarismo y consumo de alcohol.
Está demostrado que el de dejar de fumar, reducir el consumo de sal en la dieta, el consumo de frutas y verduras con reducción de las grasas, realizar actividad física regular y evitar el consumo excesivo de alcohol reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

RESULTADOS ESPERADOS

Un centro de salud debe ser un centro de asistencia sanitaria, pero también una ESCUELA DE SALUD. Todas las personas deben saber reconocer los factores que determinan sus enfermedades y deben ser capaces de afrontarlos; es lo que se denomina estilos de vida saludables, que no es otra cosa que el tener la habilidad de esquivar los problemas de salud y dar esquinazo a las enfermedades. Valentín Fuster en sus diversas publicaciones a menudo se pregunta, cómo es posible que en estas sociedades tan desarrolladas, en las que se dispone de los mejores tratamientos, de excelentes hospitales y mejores Centros de Salud cada vez haya más enfermos diabéticos, hipertensos, obesos y cada vez mueran más personas por enfermedades cardiovasculares.

Todo esto nos ha estimulado a iniciar un programa de educación para la salud, para intentar que nuestros pacientes puedan disfrutar de buena salud motivándoles a controlar la propia alimentación, practicar actividad física y no practicar comportamientos que se consideran poco saludables como fumar, consumir en exceso bebidas alcohólicas, ... y saber disfrutar de todo aquello que nos rodea. En esencia este es el arte de la salud.

MÉTODO

Hemos denominado a nuestro programa de salud "Teruel camina con gusto" y se ha comenzado a diseñar y elaborar en pequeñas etapas a lo largo de 2016, con una continuidad y un trabajo a largo plazo como todos los proyectos de educación para la salud, de la forma siguiente:

- PRIMERA FASE: actuación sobre pacientes que presentan factores de riesgo cardiovascular, mediante:
 - Charlas a grupos reducidos, de 10 a 15 personas, agrupadas por factores de riesgo
 - Conocimiento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular
 - Formación sencilla sobre alimentación y ejercicio
 - Favorecer la realización de ejercicio físico, mediante la realización de un paseo temático por el parque de los fueros, siempre acompañados por un profesional sanitario, con información cultural y medioambiental de la zona.
- SEGUNDA FASE: actuación sobre personas sanas para transmitir conocimiento sobre enfermedades cardiovasculares y la prevención de las mismas actuando sobre los posibles factores de riesgo
- TERCERA FASE : actuación en los centros escolares para hacerles conocer los estilos de vida saludable y nos sirvan de transmisores a su familia.

Durante 2017 se va a poner en marcha la PRIMERA FASE

INDICADORES

- Antes de realizar cada charla de educación sanitaria se pasará una ENCUESTA PARA LA VALORACION de los conocimientos que los pacientes tienen de las enfermedades cardiovasculares, sus factores de riesgo y como actuar sobre los mismos
- Dicha encuesta se volverá a pasar tras las actividades, para valorar la efectividad de las actividades,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

1. TÍTULO

PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

- sus conocimientos sobre la salud y su implicación sobre los factores en los que actuar
- Así mismo, se les entregará una encuesta de Calidad, para valorar la satisfacción de los participantes

DURACIÓN

- Una sesión informativa a los profesionales del Centro de Salud en Abril de 2017
- Charla/paseo a la población en grupos reducidos, comenzando en mayo de 2017 (excluyendo meses de verano):
 1. Primera charla/paseo: hipercolesterolemia (Mayo)
 2. Segunda charla/paseo: obesidad (Junio)
 3. Tercera charla/paseo: hipertensión arterial (octubre)

OBSERVACIONES

Como todo proyecto de educación sanitaria es a largo plazo, con fechas aproximadas, según la disponibilidad del personal y del Centro, y con posibles modificaciones según las valoraciones de los usuarios.

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 - 2016/1195

1. TÍTULO

TERUEL CAMINA CON GUSTO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE TANIA DIAZ DIAZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE
LOU DOMINGO VICTORIANO
MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO
MONTANER GIMENEZ AMPARO
PUEYO IZQUIERDO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se diseñó en colaboración con el profesor universitario D. José Carrasquer, con los alumnos de la Facultad de Bellas Artes, un folleto del paseo con la historia del parque de los Fueros.
Al inicio del proyecto se realizó una encuesta a los asistentes para conocer su grado de conocimiento y sus temas de preferencia.
Se han realizado durante este año dos charlas sobre hipercolesterolemia e hipertensión, con posterior paseo. En las charlas se explica la patología, factores de riesgo y protectores, medidas de prevención y tratamiento, así como síntomas y signos ante los que acudir al médico. Los participantes participan en la charla exponiendo sus dudas y sus conocimientos. Posteriormente se desarrolla el paseo, acompañados por D. José Carrasquer, que explica las enfermedades de los árboles del parque similares a las nuestras, así como datos relevantes de los mismos, comparándolo con el reloj biológico.
En cada charla se elaboró carteles informativos de la convocatoria, entregado un díptico resumen de la charla y un manual básico sobre hábitos de vida saludable.
El cumplimiento del calendario sufrió un retraso por la jubilación del dr. Pueyo, responsable inicial del proyecto, y por la carga asistencial del centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Señalar el resultado alcanzado y su relación con el standard marcado. Indicar el impacto del proyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención
El proyecto ha sido gratamente aceptado por los pacientes demandando continuación del mismo y utilidad en su vida diaria sobre la información recibida. El impacto del mismo reside en la implicación y concienciación de los pacientes en la importancia de la prevención de los factores de riesgo cardiovascular y realización de ejercicio físico habitual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Incluir una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes. Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.
La mejora del mismo radicaría en la realización de las charlas más a menudo. Dado la duración del proyecto se considera finalizado el mismo pasando ahora a las actividades comunes de realización por el centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1195 ===== ***

Nº de registro: 1195

Título
PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

Autores:
PUEYO IZQUIERDO ANGEL, GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE, DIAZ DIAZ TANIA, ZORRAQUINO LOZANO JUAN, MONTANER GIMENEZ AMPARO, LOU DOMINGO VICTORIANO, MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Proyecto comunitario de educación para la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

1. TÍTULO

TERUEL CAMINA CON GUSTO

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España y en el mundo y para poder disminuir su incidencia y mortalidad es fundamental actuar sobre los factores de riesgo que favorecen su aparición. Se distinguen dos tipos de factores de riesgo: NO MODIFICABLES, la edad, sexo y herencia genética y MODIFICABLES: tabaco, hipertensión arterial, dislipemias, diabetes mellitus, obesidad /sobrepeso, sedentarismo y consumo de alcohol. Está demostrado que el de dejar de fumar, reducir el consumo de sal en la dieta, el consumo de frutas y verduras con reducción de las grasas, realizar actividad física regular y evitar el consumo excesivo de alcohol reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

RESULTADOS ESPERADOS

Un centro de salud debe ser un centro de asistencia sanitaria, pero también una ESCUELA DE SALUD. Todas las personas deben saber reconocer los factores que determinan sus enfermedades y deben ser capaces de afrontarlos; es lo que se denomina estilos de vida saludables, que no es otra cosa que el tener la habilidad de esquivar los problemas de salud y dar esquinazo a las enfermedades. Valentín Fuster en sus diversas publicaciones a menudo se pregunta, cómo es posible que en estas sociedades tan desarrolladas, en las que se dispone de los mejores tratamientos, de excelentes hospitales y mejores Centros de Salud cada vez haya más enfermos diabéticos, hipertensos, obesos y cada vez mueran más personas por enfermedades cardiovasculares.

Todo esto nos ha estimulado a iniciar un programa de educación para la salud, para intentar que nuestros pacientes puedan disfrutar de buena salud motivándoles a controlar la propia alimentación, practicar actividad física y no practicar comportamientos que se consideran poco saludables como fumar, consumir en exceso bebidas alcohólicas, ... y saber disfrutar de todo aquello que nos rodea. En esencia este es el arte de la salud.

MÉTODO

Hemos denominado a nuestro programa de salud "Teruel camina con gusto" y se ha comenzado a diseñar y elaborar en pequeñas etapas a lo largo de 2016, con una continuidad y un trabajo a largo plazo como todos los proyectos de educación para la salud, de la forma siguiente:

- PRIMERA FASE: actuación sobre pacientes que presentan factores de riesgo cardiovascular, mediante:
 - Charlas a grupos reducidos, de 10 a 15 personas, agrupadas por factores de riesgo
 - Conocimiento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular
 - Formación sencilla sobre alimentación y ejercicio
 - Favorecer la realización de ejercicio físico, mediante la realización de un paseo temático por el parque de los fueros, siempre acompañados por un profesional sanitario, con información cultural y medioambiental de la zona.
- SEGUNDA FASE: actuación sobre personas sanas para transmitir conocimiento sobre enfermedades cardiovasculares y la prevención de las mismas actuando sobre los posibles factores de riesgo
- TERCERA FASE : actuación en los centros escolares para hacerles conocer los estilos de vida saludable y nos sirvan de transmisores a su familia.

Durante 2017 se va a poner en marcha la PRIMERA FASE

INDICADORES

- Antes de realizar cada charla de educación sanitaria se pasará una ENCUESTA PARA LA VALORACION de los conocimientos que los pacientes tienen de las enfermedades cardiovasculares, sus factores de riesgo y como actuar sobre los mismos
- Dicha encuesta se volverá a pasar tras las actividades, para valorar la efectividad de las actividades, sus conocimientos sobre la salud y su implicación sobre los factores en los que actuar
- Así mismo, se les entregará una encuesta de Calidad, para valorar la satisfacción de los participantes

DURACIÓN

- Una sesión informativa a los profesionales del Centro de Salud en Abril de 2017
- Charla/paseo a la población en grupos reducidos, comenzando en mayo de 2017 (excluyendo meses de verano):
 1. Primera charla/paseo: hipercolesterolemia (Mayo)
 2. Segunda charla/paseo: obesidad (Junio)
 3. Tercera charla/paseo: hipertensión arterial (octubre)

OBSERVACIONES

Como todo proyecto de educación sanitaria es a largo plazo, con fechas aproximadas, según la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

1. TÍTULO

TERUEL CAMINA CON GUSTO

disponibilidad del personal y del Centro, y con posibles modificaciones según las valoraciones 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 - 2016/1208

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE FERNANDEZ ARREDONDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUSTERO FUSTERO SARA
ROMERO POBO DOMINICA
RUBIO HERNANDEZ VIRGINIO
GOMEZ ROYO ANA MARIA
BELENGUER ANDRES NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Actualización de listados.
- Instalación del programa informático, creación de la nueva base de datos. El Servicio de Informática del Hospital Obispo Polanco (HOP) está terminando de implantar el programa informático que ha desarrollado el Servicio de Informática del Hospital de Alcañiz para facilitar el seguimiento de los pacientes diabéticos que utilizan TRG.
- A fecha de 25 de enero de 2018, el programa sólo está disponible en el SFAP. Se ha creado una nueva base de datos en dicho programa con datos de pacientes a los que se dispensan TRG actualmente (nombre, tipo de DM, tipo de TRG que utiliza); datos de profesionales del Sector (CIAS (médico, enfermera) de los EAP del Sector Teruel); y de los distintos tipos de TRG disponibles para su dispensación en Aragón (Acuerdo Marco 10/2015).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Actualización de los listados de pacientes a los que se dispensan TRG en el EAP de Teruel Centro (tipo de DM, diabetes gestacional, éxitus, pacientes desplazados) por CIAS, a partir de la base de datos antigua que tenemos en el SFAP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente terminar de desarrollar la parte del programa que permita a los EAP del Sector hacer la solicitud de tiras para cada paciente a través de una aplicación web del programa y monitorizar la dispensación y consumo de TRG.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1208 ===== ***

Nº de registro: 1208

Título
MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA

Autores:
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE, FUSTERO FUSTERO SARA, ROMERO POBO DOMINICA, RUBIO HERNANDEZ VIRGINIO, GOMEZ ROYO ANA MARIA, BELENGUER ANDRES NATIVIDAD, PEREZ DIEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
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
El autoanálisis de glucemia forma parte del proceso de educación diabetológica y su objetivo es mejorar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1208

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA

control metabólico del paciente diabético mediante la prevención de hipoglucemias y ajuste de la medicación, de la dieta o del ejercicio físico.

La frecuencia de autoanálisis será la necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos establecidos individualmente, con especial importancia en pacientes insulínodpendientes, en diabetes gestacional y en situaciones de alto riesgo de desestabilización: cambios en el tratamiento farmacológico, utilización de medicamentos hiperglucemiantes, enfermedades intercurrentes, etc.

Las tiras reactivas de glucemia (TRG) son productos sanitarios de alto coste que están incluidos en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Sanidad (SNS). En el Sector Teruel, la distribución de TRG se realiza de forma directa desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP) a los equipos de atención primaria (EAP). Como medio de educación terapéutica y con el objetivo de garantizar el correcto uso de las TRG para obtener el mayor beneficio posible, desde la Dirección de Continuidad Asistencial del Servicio Aragonés de Salud se elaboró en 2013 un protocolo de frecuencia de autoanálisis de glucemia capilar, revisado por el Grupo de Trabajo de la Estrategia de Diabetes en Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Implantación de un programa informático que facilite el seguimiento de los pacientes diabéticos que utilizan TRG (tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético, grado de estabilidad de la enfermedad (estable/inestable), frecuencia del autoanálisis, tipo de TRG que utiliza); y monitorizar la dispensación y el consumo de TRG para mejorar la coordinación entre medicina y enfermería.
2. Mejora de la educación diabetológica mediante el seguimiento de la dispensación de TRG para el autoanálisis de glucemia.
3. Mejora del control glucémico de los pacientes diabéticos que utilizan TRG.
4. Mejora de la adherencia de los pacientes diabéticos a la consulta de enfermería.

MÉTODO

1. Instalación de un programa informático para el control, por parte de los profesionales, de la dispensación de tiras.
2. Programación de sesiones formativas para la difusión del protocolo de frecuencia de autoanálisis en Aragón y para el uso del programa informático.
3. Designación de un coordinador de diabetes del EAP que colabore con el SEFP en la implantación del programa y en el que se centralice la petición de TRG para los pacientes del EAP.
4. Revisión de los pacientes del EAP que utilizan TRG. Se cumplimentará una solicitud para cada paciente que incluya tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético actual, TRG y frecuencia de autoanálisis que precisa. El impreso se remitirá al SFAP para su inclusión en el programa informático.
5. Programación de sesiones de educación diabetológica a nuestros pacientes.
6. Seguimiento de las dispensaciones de TRG y relación con los objetivos terapéuticos (HbA1C). Se dará acceso al programa informático de gestión de TRS al personal médico y de enfermería.

INDICADORES

- Registro de sesiones formativas para personal médico y de enfermería sobre criterios de utilización de TRG y manejo del programa informático implantado.
Estándar: 2 sesiones formativas (marzo 2017 y diciembre 2017)
- Número de pacientes en los que se revisa el uso de TRG (número de impresos de solicitud de TRG completos y remitidos al SFAP/total de pacientes que utilizan TRG del EAP). Estándar: 100% de pacientes.
- Registro de sesiones formativas para los pacientes diabéticos en el EAP.
Estándar: 1-2 sesiones formativas al año.
- Satisfacción percibida por los pacientes con educación en salud. Encuesta pre y post formación. Promedio: 8-10 puntos.
- Utilización eficiente de TRG. Disminución del coste de TRG para el EAP. Límite Inferior (LI): 10% y Límite Superior: 15%.

DURACIÓN

- Abril-Mayo 2017.
o Instalación del programa informático, creación de la nueva base de datos. Responsables: Servicio de Informática HOP, SFAP.
- o Sesiones formativas para profesionales. Responsable: Farmacéutico de AP.
- o Designación de un coordinador de diabetes del EAP. Responsable: Coordinador médico/enfermería EAP.

Junio-Diciembre 2017.

- o Revisión de los pacientes que utilizan TRS, programación de sesiones formativas para pacientes y seguimiento de las dispensaciones de TRG.
- Responsable: EAP.

Enero 2018.

- Evaluación de resultados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1208

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0524

1. TÍTULO

EDUCACION INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EL USO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC DE 40 A 79 AÑOS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE VICTORIANO LOU DOMINGO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA
MONGE ILLANES ALEJANDRO
GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN
ESCUADERO RIOS MARIA ASUNCION
FUSTERO FUSTERO SARA
GOMEZ ROYO ANA MARIA
MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó en mayo sesión formativa de los profesionales médicos y de enfermería sobre el uso adecuado de los inhaladores, eminentemente práctica para el manejo de los mismos y dar instrucciones claras a los pacientes. El resto de las actividades programadas en un principio no se han realizado, por diversas circunstancias, por lo que damos por finalizado el proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No realizado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No realizado

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/524 ===== ***

Nº de registro: 0524

Título
EDUCACION INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EL USO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC DE 40 A 79 AÑOS

Autores:
LOU DOMINGO VICTORIANO, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA, MONGE ILLANES ALEJANDRO, GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN, ESCUDERO RIOS MARIA ASUNCION, FUSTERO FUSTERO SARA, GOMEZ ROYO ANA MARIA, MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

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 un problema importante de salud, con una elevada morbimortalidad, comorbilidad asociada y consumo de recursos, que actualmente está infradiagnosticada. El diagnóstico de realiza mediante la clínica y se confirma con la realización de espirometría con broncodilatación. Es fundamental su diagnóstico precoz, siendo los fármacos más eficaces en el tratamiento por vía inhalatoria. El uso de estos inhaladores es difícil sin la educación oportuna y sujeto a errores, por lo que nos planteamos la realización de educación individual y grupal en el uso de los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS
La educación en el uso de inhaladores favorecería la efectividad y eficiencia en el control de la enfermedad y los síntomas, disminuirían los errores de uso de los mismos y aumentaría la adherencia de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0524

1. TÍTULO

EDUCACION INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EL USO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC DE 40 A 79 AÑOS

Podríamos hacer también educación sanitaria, favoreciendo el autocuidado del paciente y la disminución de reagudizaciones, mejorando su calidad de vida.

MÉTODO

1. Realizar una **SESIÓN FORMATIVA** tanto de profesionales médicos como de enfermería en el uso adecuado de inhaladores.
2. Revisión de todos los pacientes con el diagnóstico de EPOC, para comprobar la prescripción de inhaladores.
3. Educación individual: cuando el profesional médico prescriba un inhalador, el paciente irá a la farmacia a buscarlo y acudirán nuevamente al centro, a la consulta de enfermería, donde se le darán instrucciones claras de manejo. A los 15 días se realizará una consulta programada de enfermería para observar la forma de utilización y detectar posibles errores y corregirlos. Posteriormente será programado para nuevas visitas de evaluación del uso.
4. Educación grupal: con reuniones grupales de los pacientes diagnosticados de EPOC que usen inhaladores, sobre su uso, errores, adherencia al tratamiento y educación para el autocuidado: alimentación, realización de ejercicio, consumo de tóxicos, detección precoz de reagudizaciones.

INDICADORES

1. A los pacientes se les realizará en la primera visita un test de disnea, para poder comprobar en visitas sucesivas la mejoría de los síntomas con el uso correcto de los inhaladores. Se valorará porcentaje de pacientes que ha mejorado su disnea con respecto al total de pacientes.
2. En la segunda visita (a los 15 días) y sucesivas, se valorará el uso correcto del inhalador (carga correcta, sellado de labios, espiración previa, forma de inspiración profunda, apnea de 10 segundos, higiene bucal y limpieza del inhalador). Mediante una tabla propia para cada paciente, valorando el porcentaje de pacientes en los que mejora el uso del inhalador y disminuyen los errores.
3. Valorar si se produce una reducción de las exacerbaciones. En el indicador se valoraría el número de ingresos en 2017 por reagudizaciones con respecto a los ingresos por el mismo motivo en 2018.

DURACIÓN

El proyecto se desarrollará a lo largo de todo el año 2018, con el siguiente calendario:

- Abril/Mayo: sesión formativa de los profesionales
- Septiembre: valoración de los pacientes diagnosticados de EPOC, cambios en test de disnea, uso adecuado o inadecuado del inhalador y número de exacerbaciones.
- Diciembre: nueva revaloración de 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 - 2018/1508

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE EDUCACION INFANTIL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR LAFUENTE SANCHEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS TERUEL ENSANCHE
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ADALID GUILLEN URSULA
IBÁÑEZ JULIAN MARIA PILAR
MARTIN RODRIGUEZ MARIA
MONTON BARRERA ESTRELLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACCIONES REALIZADAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS

- Previamente a la realización de la actividad, y a través del colegio se envía una carta a los padres de los alumnos que van a participar en la actividad donde se les informa que un equipo del Centro de Salud de Teruel Ensanche realizan un proyecto comunitario donde les enseñaran a sus hijos a reconocer una emergencia sanitaria y cómo actuar si se produce esta situación, hasta la llegada de los servicios sanitarios y que para poder realizar la actividad cada niño deberá llevar un peluche.
- El día de la actividad, a través de una presentación en formato power-point se imparte primero un taller teórico, donde los niños aprenden a distinguir una emergencia sanitaria, y que el número de teléfono ante una emergencia es el 112 y los datos que deben comunicar al operador.
- A través de la presentación de forma práctica aprenden cual es el icono de llamada desde un teléfono móvil y cómo llamar, así como también aprender a reconocer el icono de ubicación (GPS) y cómo activarlo.
- Posteriormente se realizan talleres prácticos para que los niños diferencien cuando una persona está consciente y cuando está inconsciente.
- Si está inconsciente aprenden a diferenciar que si respira y tiene pulso, colocaran a la persona en posición lateral de seguridad. Practicando en parejas dicha posición.
- Y si está inconsciente y no respira y no tiene pulso, se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar. Practicando con maniqués de RCP y sus peluches.
- Para finalizar se canta una canción repasando los conceptos aprendidos y practicando con sus peluches la PLS y la RCP.

CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN

- En el curso escolar 2017/2018, se ha impartido talleres a los alumnos de Educación Infantil de los Colegios La Salle y el Ensanche.
- Entre el primer y segundo trimestre del curso escolar se realizan los talleres con los alumnos de 3º y 2º de infantil.
- El 17 de Diciembre de 2018 a las 9:00 h se impartió el taller a los alumnos de 3º de Infantil del Colegio de la Salle, participando un total de 48 niños y 2 profesoras de Educación Infantil, con una duración aproximada de 1h y 30 minutos.
- El día 20 de Febrero de 2019 a las 10:30 h se impartió el taller a los alumnos de 3º de Infantil del Colegio Ensanche, participando un total de 59 niños y 3 profesoras de Educación Infantil y 3 alumnas en prácticas de magisterio, con una duración aproximada de 1 h y 30 minutos.
- El día 26 de Febrero de 2019 a las 9:00 h, se impartió el taller a los alumnos de 2º de Infantil del Colegio de la Salle, participando un total de 55 niños y 2 profesoras de Educación Infantil, con una duración aproximada de 1 hora y 30 minutos.
- El día 5 de Marzo de 2019 a las 9:30 h está previsto impartir el Taller a los alumnos de 2º de Infantil del Colegio Ensanche.
- Y en el tercer trimestre del curso escolar se realizan los talleres con los alumnos de 1º de infantil de ambos colegios.

MATERIALES UTILIZADOS

- ? Nota informativa de la actividad a realizar para cada familia.
- ? Presentación en power-point, para lo que hemos precisado en el Colegio de la Salle, las pizarras digitales y en el Colegio del Ensanche, proyectores.
- ? 4 Maniqués de RCP
- ? Diplomas de participación del taller para cada niño
- ? Y peluches que ha aportado cada niño.

ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

- Encuestas realizadas al profesorado sobre el nivel de satisfacción de la actividad.
- En estas encuestas el 100% del profesorado nos contestó que la actividad estaba adecuada a las edades de los niños, con un material didáctico adaptado a su nivel.
 - Y el 100% también nos contestó que la actividad la consideraban necesaria en el aprendizaje de los niños y todos recomendarían la realización de esta actividad.

Números de talleres realizados por colegios:

- Durante el curso escolar 2018/2019 se ha impartido en el Colegio La Salle 2 talleres, en el que han participado los niños de 3º y 2º de infantil, y queda pendiente para el tercer trimestre del curso escolar, realizar otro taller para los niños de 1º de educación infantil.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1508

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE EDUCACION INFANTIL

- Y en el Colegio del Ensanche, se ha impartido un taller a los niños de 3º de infantil y queda pendiente realizar el día 5 de marzo otro taller para los niños de 2º de infantil y otro en el tercer trimestre del curso escolar para los niños de 1º educación infantil.

Número de participantes en cada taller/ número total de alumnos en esa clase.

- Colegio de la Salle 3º de infantil: número de participantes 46 de un total de 48 (95% de los niños).

- Colegio de la Salle 2º de infantil: número de participantes 55 de un total de 55 niños (100% de los niños).

- Colegio del Ensanche 3º de infantil : número de participantes 59 niños de un total de 60 (98% de los niños).

En todos los talleres los niños que no acudieron fue porque ese día se encontraban enfermos.

Número de profesores que han participado en los talleres / número total profesorado en educación infantil.

- Colegio de la Salle 3º Infantil: número de participantes 2 de un total de 2 (100%).

- Colegio de la Salle 2º Infantil: número de participantes 2 de un total de 2 (100%).

- Colegio del Ensanche 3º Infantil: número de participantes 3 de un total de 3 (100%).

Además, también participaron las 3 profesoras de prácticas de Magisterio que se encontraban en las 3 aulas de 3º de infantil.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS ALCANZADOS

Los niños de Educación Infantil:

1. Conocen lo que es una Emergencia Sanitaria.

2. Aprenden cómo deben de llamar desde cualquier teléfono y como activar el GPS en el móvil para su localización.

3. Se les enseña que el número de teléfono ante una emergencia es el 112.

4. Y los datos que deben comunicar al operador del 112.

5. Aprenden cómo actuar ante una emergencia hasta la llegada de los Servicios Sanitarios, practicando la Posición Lateral de Seguridad y a la Reanimación cardiopulmonar adaptada ellos.

IMPACTO DEL PROYECTO

La escuela constituye sin duda, un ambiente idóneo para que los niños se inicien en el conocimiento y aprendizaje de medidas de soporte vital, con prácticas como la PLS y RCP, implementando la formación por niveles y adaptando los talleres a sus edades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Los profesores han mostrado un gran interés por la actividad y la han valorado como positiva, porque los alumnos aprenden cosas muy importantes. Algunos nos han transmitido que debería realizarse de forma anual e incluso que les gustaría que esta actividad de primeros auxilios se ampliase a todo el profesorado y a los niños de primaria.

- Los niños acuden a los talleres muy ilusionados porque vienen acompañados de sus peluches y les encanta participar en los talleres.

- Algunos padres a través del profesorado nos han transmitido también, que la actividad la ven muy positiva y que los niños aprenden cosas muy importantes y que luego les encanta practicar en casa todo lo que han aprendido en los talleres.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1508 ===== ***

Nº de registro: 1508

Título
PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE EDUCACION INFANTIL

Autores:
LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR, MARTIN RODRIGUEZ MARIA, IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR, ADALID GUILLEN URSULA, MONTON BARRERA ESTRELLA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Niños

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: PRIMEROS AUXILIOS

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1508

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE EDUCACION INFANTIL

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los colegios se ha generado una demanda por parte de los profesores hacia ciertos profesionales sanitarios para que los niños desde las edades más tempranas sepan detectar y como actuar ante una emergencia sanitaria. Por lo que actualmente en algunos colegios se está llevando esta educación sanitaria sin estar incluida en ningún programa de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

- Los niños de Educación Infantil de algunos colegios de Teruel conocerán que es una Emergencia Sanitaria y como actuar ante estas situaciones, a través de la realización de talleres.
- Adquirirán las habilidades para saber dirigirse al teléfono de emergencias 112.
- Y se motivara al profesorado en la tarea de formarse y participar con los alumnos en los talleres.

MÉTODO

1. Conocer lo que es una Emergencia Sanitaria
2. Enseñar cómo deben de llamar desde cualquier teléfono y como activar GPS para su localización.
3. Saber que el número de teléfono ante una emergencia es el 112.
4. Conocer los datos que deben de comunicar al 112.
5. Saber cómo actuar ante una emergencia hasta la llegada de los Servicios Sanitarios. (Posición lateral de Seguridad y Reanimación Cardio Pulmonar adaptada a niños).

INDICADORES

- Se facilitarán una encuesta de satisfacción al profesorado de las clases de Educación Infantil.
- Números de talleres realizados por colegios
- Número de participantes en cada taller / número total de alumnos de esa clase.
- Número de profesores que han participado en los talleres / número total profesado en Educación Infantil.

DURACIÓN

Desde Septiembre 2018 hasta Junio 2019. En el primer trimestre del curso escolar se harán talleres con alumnos de 3º de infantil. En el 2º trimestre se harán talleres con alumnos de 2º de infantil. Y en el 3º trimestre se harán los talleres con alumnos de 1º de infantil.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0405

1. TÍTULO

LAS DISFAGIAS EN ANCIANOS. MEDIDAS PREVENTIVAS Y COMO ACTUAR ANTE POSIBLES COMPLICACIONES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ESTRELLA MONTON BARRERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR
ADALID GUILLEN URSULA
IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR
SANCHEZ LORENTE LAURA
TOLOSA TAMAYO ESTBALIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- El día 11 de Junio 2019, se realizó una sesión clínica en el Centro de Salud de Teruel Ensanche. Y el día 12 de Junio de 2019, se realizó otra sesión clínica en el Centro de Salud de Teruel Centro. Con una duración aproximada de 1 hora cada una de ellas. Fueron impartidas por Estrella Montón Barrera y M^a Pilar Lafuente Sánchez, para explicar a todos los Médicos y Enfermeras de ambos centros de salud y a los MAC y EAC de Centro de Salud Teruel Ensanche, nuestro proyecto y pedirles colaboración para determinar la prevalencia de las neumonías por bronco-aspiración que se producen en las diferentes Residencias de ancianos que se encuentran dentro de la zona asistencial del Centro de Salud del Ensanche, durante el tiempo que va a durar la realización de nuestro proyecto. Ambas sesiones clínicas estuvieron acreditadas para todos los participantes.

- El día 13 de Junio de 2019, en la sala de tratamientos de Atención Continuada del Centro de Salud de Teruel Ensanche se dejó una hoja para el registro de casos de Neumonía por Aspiración que ocurren de lunes a viernes de 17 a 8 h y sábados, domingos y festivos de 8 a 8h.
- Y también en el mostrador de admisión del Centro de Salud de Teruel Ensanche, se dejó otra hoja para registrar todos los casos de Neumonías por Aspiración que ocurren de lunes a viernes de 8 a 17h.

- Posteriormente elaboramos un tríptico, donde se explicaba el por qué de nuestro proyecto comunitario, los objetivos que queríamos alcanzar y las actividades.

- El día 7 de Septiembre nos reunimos con los Responsables de la Residencia de San Pablo para informarles de nuestro proyecto y dejándoles el tríptico para que pudieran informar de nuestro proyecto a sus trabajadores y/o cuidadores.

- El día 14 de Octubre nos reunimos con los Responsables de la Residencia de Los Paules para informarles también de nuestro proyecto y dejándoles el tríptico.

- Y el 26 de Noviembre nos reunimos con los Responsables de la Residencia de San Hermenegildo .

- Los días 17 y 18 de Diciembre nos volvimos a reunir con los Responsables de las 3 Residencias para comentar que les había parecido nuestro proyecto y concretamos las días en los que se impartiría los talleres.

- El día 22 de Enero de 2020 a las 10:00 horas se impartió un Taller en la Residencia de Los Paules con una duración aproximada de 2 horas, donde acudieron cuidadores tanto de la Residencia de Los Paules como de la Residencia de San Pablo.

- El día 22 de Enero de 2020 a las 17:00 horas se impartió un Taller en la Residencia de San Pablo con una duración aproximada de 2 horas, donde acudieron cuidadores tanto de la Residencia de Los Paules como de la Residencia de San Pablo.

- El día 23 de Enero de 2020 a las 10:30 horas se impartió un Taller en la Residencia de San Hermenegildo con una duración aproximada de 2 horas y 30 minutos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Desde Junio de 2019, que se impartieron las Sesiones Clínicas a todos los médicos y enfermeros de ambos centros de salud y a los MAC y EAC del Centro de Salud Teruel Ensanche, se han registrado 10 casos de neumonías por bronco-aspiración en las Residencias cuya zona asistencial pertenece al centro de salud del ensanche, los cuales se han registrado solamente en fines de semana y festivos, lo que resulta un dato sorprendente y muy curioso.

- De los 10 casos registrados, han fallecido 5, lo que supone el 50% de los casos y han sobrevivido otros 5, lo que también supone el 50 % de los casos.

- Durante la realización del taller en la diferentes Residencias podemos obtener los siguientes resultados:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0405

1. TÍTULO

LAS DISFAGIAS EN ANCIANOS. MEDIDAS PREVENTIVAS Y COMO ACTUAR ANTE POSIBLES COMPLICACIONES

- Primero se realizó una encuesta inicial para determinar el grado de conocimiento previo de los cuidadores. (El 60% contestaron de forma correcta y el 40% de forma errónea).

- Y al finalizar el taller se realizó también una encuesta posterior para determinar el grado de adquisición de conocimientos. (El 100% contestaron de forma correcta).

• Y según el número de cuidadores que han participado en los talleres del total de los cuidadores que hay en cada residencia obtenemos los siguientes resultados:

- Entre la Residencia de San Pablo y los Paules han participado un total de 35 cuidadores de un total de 46 cuidadores, lo que supone un 76%.

- En la Residencia de San Hermengildo han participado un total de 9 cuidadores (8 TCAE y un trabajador social) de un total de 15 TCAE y 1 trabajador social, lo que supone un 56%

• A todos los participantes se les pasó una encuesta de satisfacción. La nota media que obtuvimos en de un 8,5. Valorando con puntuación muy alta los conocimientos que tenemos acerca de la materia y la forma de transmisión de los conocimientos. Y valorando con notas inferiores las condiciones y lugares de la salas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En las Residencias de Ancianos en el lugar donde se producen la mayor parte de neumonías por bronco-aspiración por lo que constituye sin duda, un ambiente idóneo para que los cuidadores sepan como actuar para prevenir las neumonías por bronco-aspiración y en caso de que se produzcan como actuar de manera correcta.

Los cuidadores de las Residencias de Ancianos (TCAE, Técnicos en Atención Socio-sanitaria y Asistentes sociales), a través de una presentación en power-point y después con la impartición de un taller práctico aprendieron:

- Qué es una disfagia.
 - Tipos de disfagia.
 - Cómo dar los alimentos ante disfagias a líquidos o sólidos
 - Cómo actuar antes posibles neumonías por bronco-aspiración.
 - Cómo actuar ante una emergencia hasta la llegada de los Servicios Sanitarios, practicando la colocación de los tubos de guedel, cómo abrir y cerrar una bombona de oxígeno, tipo de mascarillas a utilizar ante una dificultad respiratorias, manejo de los aspiradores de secreciones, Maniobra de Heimlich, la Posición Lateral de Seguridad, la Reanimación Cardio-Pulmonar y utilización de los DESA.
 - También se les recomiendo que en todas las residencias haya una bombona de oxígeno por planta, con una mascarilla tipo Ventimask que se debe reponer tras cada uso.
- (Los talleres se realizaron los día 22 y 23 de Enero y los día 25 y 26 de Enero cuando desde Atención Continuada del Centro de Salud Teruel Ensanche tuvimos que ir a realizar algún aviso observamos que en todas las Residencias habían seguido nuestro consejo).

• Todos los cuidadores mostraron un gran interés por la actividad y la han valorado como positiva, porque aprenden cosas muy importantes que les son útiles para realizar de forma más efectiva su trabajo. Muchos nos han transmitido que les gustaría que este taller se realizará de forma anual. Y algunos de los cuidadores que trabajan en las Residencias y que no pudieron asistir, nos han transmitido que les gustaría que se repitiera dicho taller.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/405 ===== ***

Nº de registro: 0405

Título
LAS DISFAGIAS EN ANCIANOS. MEDIDAS PREVENTIVAS Y COMO ACTUAR ANTE POSIBLES COMPLICACIONES

Autores:
MONTON BARRERA ESTRELLA, ADALID GUILLEN URSULA, IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR, LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR, SANCHEZ LORENTE LAURA, TOLOSA TAMAYO ESTIBALIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0405

1. TÍTULO

LAS DISFAGIAS EN ANCIANOS. MEDIDAS PREVENTIVAS Y COMO ACTUAR ANTE POSIBLES COMPLICACIONES

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

Tenemos una población muy envejecida que ha conllevado la proliferación de las residencias de ancianos en nuestra ciudad. Por ello, creemos conveniente proyectar talleres para mejorar la formación y destreza ante pacientes institucionalizados en residencias que presentan disfagias. Además desde nuestro servicio de atención continuada en el centro de salud de Teruel Ensanche, hemos detectado que un número significativo de los avisos a domicilio en las residencias son "Neumonías por broncoaspiración".

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar y dotar a los cuidadores de habilidades y herramientas que les ayuden a prevenir situaciones de emergencia y actuar ante ellas.

MÉTODO

- Sesión clínica en el centro de salud de Teruel Ensanche en el segundo trimestre de 2019 para explicarle al Equipo de Atención Primaria nuestro proyecto y pedirles colaboración para determinar la prevalencia de las neumonías por broncoaspiración que se producen en las diferentes residencias, durante el tiempo que dure nuestro proyecto.
- Y a los cuidadores de las residencias se harán actividades para conocer que es una disfagia, medidas higiénico-dietéticas para su prevención y talleres para enseñar cómo deben de actuar ante cada tipo de atragantamiento hasta la llegada de los servicios sanitarios.

INDICADORES

- Encuesta inicial para determinar el grado de conocimiento previo de los cuidadores.
- Encuesta posterior para determinar el grado de adquisición de conocimientos una vez realizado los talleres.
- Número de cuidadores que han participado en el taller / número total de cuidadores.
- Encuesta de satisfacción a los que recibirán la formación.

DURACIÓN

Desde Marzo 2019 hasta Febrero 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 - 2019/0561

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN GALLARDO GANUZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DIAZ DIAZ TANIA
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA
PEREZ DIEZ CRISTINA
MARCO CATALAN MARIA PILAR
ZORRAQUINO LOZANO JUAN ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En abril se formó el grupo de trabajo y se elaboró el protocolo de actuación.
En mayo se dió sesión formativa a los miembros del centro de salud y a los médicos de atención continuada.
Como una vez iniciado el proyecto, se autorizó a utilizar el test rápido del estreptococo en adultos, se proporcionó nueva formación en junio y se explicó cómo registrar el uso del test en OMI-AP.
En septiembre se realizó una nueva sesión formativa para recordar el proyecto.
En enero se hizo valoración de los resultados con el DATA de farmacia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según los resultados de DATA de Farmacia, se han alcanzado los siguientes resultados:

- Se ha reducido el consumo de antibióticos en los procesos faringoamigdalares agudos durante este año 2019: en diciembre 2018 se habían tratado 4656 y en diciembre de 2019 un total de 4015, un 13,8% menos. Ha aumentado el tratamiento de la amigdalitis estreptocócica (del 12,6% al 14,9%) y disminuido el de las faringitis agudas (del 69,7% al 65,6%).
- Se ha reducido la prescripción de azitromicina en estos procesos, del 32% en diciembre 2018, al 25,6% en diciembre de 2019.
- El uso preferente de penicilina o amoxicilina en las faringoamigdalitis estreptocócicas ha aumentado de 61,4% en diciembre de 2018 al 74,5% en diciembre de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han logrado los resultados esperados, disminuyendo el tratamiento antibiótico en procesos faringoamigdalares agudos del adulto, reduciendo la prescripción de azitromicina y aumentando el uso de antibiótico de primera elección en faringoamigdalitis agudas estreptocócicas.

Ante la importancia de reducir el consumo de antibióticos en este tipo de procesos, que en su mayor parte son víricos, y diagnosticar de forma correcta los procesos estreptocócicos, nos planteamos la necesidad de seguir informando y sensibilizando a los profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/561 ===== ***

Nº de registro: 0561

Título
MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
GALLARDO GANUZA CARMEN, DIAZ DIAZ TANIA, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA, PEREZ DIEZ CRISTINA, MARCO CATALAN MARIA PILAR, ZORRAQUINO LOZANO JUAN ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0561

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA DEL ADULTO EN EL CENTRO DE SALUD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La faringoamigdalitis aguda es un motivo frecuente de consulta al médico de familia y su etiología más frecuente es viral, pudiendo ser del 5 al 15% por otras causas, fundamentalmente el Estreptococo beta-hemolítico del grupo A. A pesar de ello se prescriben con frecuencia antibióticos, hasta el 80%, con efectos secundarios para el paciente, selección de resistencias y gasto sanitario innecesario.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la aproximación diagnóstica, basándose en la valoración clínica inicial y uso de escala de Centor modificada por Milsaac, realizando tratamiento antibiótico en las que se sospecha etiología estreptocócica. Mejorar la indicación antibiótica: antibiótico adecuado, dosis y días de uso. Primera elección de penicilina o amoxicilina y, en caso de alergias a la penicilina, la josamina o clindamicina, puesto que eritromicina, claritromicina y azitromicina presenta resistencia hasta en el 30% de los casos.

MÉTODO

1. Elaboración de un protocolo de actuación ante la faringoamigdalitis aguda del adulto
2. Sesión formativa a todos los profesionales sanitarios del CS Teruel Ensanche
3. Realización de hoja informativa para los pacientes
4. Posibilidad de tratamiento antibiótico diferido según la evolución

INDICADORES

1. Reducir el consumo de antibióticos en faringoamigdalitis, ante la alta prevalencia de procesos víricos: número de faringoamigdalitis con tratamiento antibiótico a 31 de diciembre de 2018 con respecto a las faringoamigdalitis con tratamiento antibiotico a diciembre 2019
2. Reducir el uso de azitromicina en los procesos faringoamidalares agudos, debido a la elevada resistencia a la misma: comparar el porcentaje de azitromicina pautada en esto procesos en el 2018 con respecto a la pautada en 2019
3. Aumentar el tratamiento de faringoamigdalitis streptococicas con penicilina o amoxicilina: antibióticos de primera eleccion (penicilina y amoxicilina) en faringoamigdalitis aguda estreptococica/total de antibióticos.

DURACIÓN

El proyecto se desarrollará a lo largo de todo el año 2019, con el siguiente calendario:
Marzo: elaboración del protocolo de actuación por el grupo de trabajo del proyecto y realización de hoja informativa para los pacientes
Abril: sesión formativa de presentación a los profesionales del Equipo
Septiembre: valoración de los indicadores a través de programa OMI-AP y DATA de farmacia
Diciembre: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0187

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE "ESCUELA DE ESPALDA" EN CENTRO DE SALUD ENSANCHE - TERUEL

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA TERESA MUÑOZ TOMAS
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLA ORO MARIA JESUS
QUILEZ MARTINEZ ANA PIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

MARZO 2018: Elaboración de presentación mediante Power Point con conceptos básicos teóricos sobre anatomía y funcionamiento de la biomecánica de columna. Elaboración de hojas de ejercicios y de recomendaciones posturales.

Planificación de las sesiones de la siguiente manera:

1ª sesión: Nociones teóricas sobre aspectos relacionados con la higiene postural, mecánica corporal y hábitos correctos de movilización.
2ª sesión: Valoración física global y comienzo del programa de ejercicios. Tonificación muscular de tren superior e inferior y ejercicios de amplitud articular de tronco.
3ª sesión: Continuación del programa de ejercicios. Estiramientos musculares y prácticas de higiene postural.
4ª sesión: Relajación, dudas y evaluación de la actividad "Escuela de Espalda".

ABRIL 2018: Realización de cambios en los horarios de la agenda de Fisioterapia para configurar los grupos e introducir a los participantes.
Selección de los participantes según criterio de Fisioterapeutas en base a patología y número de veces que habían recurrido a la utilización del Servicio de Fisioterapia en Atención Primaria previamente.

MAYO/JUNIO 2018 y OCTUBRE/NOVIEMBRE 2018: Realización de las actividades propias de la Escuela de Espalda por parte de los participantes.
Cada grupo realizó la actividad durante un mes completo, distribuido como se describe en la planificación de las sesiones. Un día por semana con una duración de 45 minutos cada sesión. Por lo tanto cada grupo realizó 4 sesiones en el mes.
Total de grupos realizados: 4.

DICIEMBRE 2018: Evaluación de los datos obtenidos en las encuestas pasadas a los participantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se han comenzado las actividades de prevención y promoción de la salud desde la Unidad de Fisioterapia del Centro de Salud Teruel Ensanche.
- Se han desarrollado 4 grupos de Escuela de Espalda que se han completado durante los meses de mayo, junio, octubre y noviembre.
- Se ha enseñado a la población que ha participado en la actividad, medidas encaminadas a prevenir la aparición de contracturas musculares y episodios de dolor a nivel de la columna.

INDICADORES

- Número total de participantes: 20
- Número de participantes que completan la actividad: 15
- Tiempo empleado en la realización de la actividad: 45 minutos semanales, 4 sesiones al mes durante 4 meses.
- Número de participantes que valoran la actividad muy favorablemente: 11
- Número de participantes que valoran la actividad favorable: 4
- Número de participantes que valoran la actividad nada favorable: 0
- El 100% de los participantes opinan que les ha resultado útil asistir a "Escuela de Espalda".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Actividad bien aceptada por los participantes.
Debería modificarse el procedimiento de selección y valorar la posibilidad de que fueran los MAP los que propusieran la actividad en sus consultas ya que es el primer contacto del paciente con su MAP, y así poder elaborar una posible lista con candidatos a realizar la actividad. El procedimiento de inclusión de los participantes en estos primeros grupos realizados ha sido a criterio de Fisioterapeutas, pero eso supone la búsqueda en agendas de citaciones y recabar los datos del diagnóstico, para poder valorar si son candidatos a realizar la actividad. Mientras que si se propusiera como un acto terapéutico único por parte del MAP cuando se valora al paciente en la consulta, directamente ya dispondríamos de los pacientes para incluirlos en "Escuela de Espalda".

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0187

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE "ESCUELA DE ESPALDA" EN CENTRO DE SALUD ENSANCHE - TERUEL

*** ===== Resumen del proyecto 2018/187 ===== ***

Nº de registro: 0187

Título
IMPLANTACION DE "ESCUELA DE ESPALDA" EN CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE

Autores:
MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA, VILLA ORO MARIA JESUS, QUILEZ MARTIN ANA PIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

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
Desde la Unidad de Fisioterapia del Centro de Salud Ensanche - Teruel, se ha detectado la necesidad de llevar a cabo actuaciones encaminadas a la promoción de la salud y tareas preventivas ya que la totalidad de la actividad de Fisioterapia actualmente es 100% asistencial.

Gran parte de esa actividad asistencial se centra en el tratamiento de algias vertebrales, contracturas y patología relacionada con dolor a nivel vertebral y paravertebral. Apreciándose además que en numerosas ocasiones los usuarios de la Unidad de Fisioterapia acuden a ella por el mismo motivo incluso en más de una ocasión. Los pacientes afectados de estas patologías reciben tratamiento encaminado a reducir el dolor y mejorar la movilidad del aparato locomotor pero no se realiza actividad preventiva alguna para evitar las recidivas y los nuevos episodios de estas patologías en cuestión.

La importancia de este proyecto radica en intentar disminuir la incidencia de casos relacionados con algias vertebrales y contracturas a nivel muscular mediante la puesta en marcha de una "Escuela de Espalda" destinada a enseñar todo aquello relacionado con el aprendizaje de medidas de higiene postural, hábitos correctos en la realización de actividades cotidianas y laborales, aplicación y puesta en marcha de ejercicios o programas de ejercicios destinados a prevenir problemas osteo-articulares de la columna vertebral y recidivas de los episodios dolorosos, reduciendo de esta manera la asistencia a tratamiento fisioterápico por este tipo de lesiones y minimizando por tanto la afectación de los pacientes en número de episodios por estos motivos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Comenzar actividades de prevención y promoción de la salud desde la Unidad de Fisioterapia de Centro de Salud Ensanche -Teruel.
- Desarrollar la actividad de "Escuela de Espalda" mediante terapias grupales.
- Disminuir la incidencia de episodios por algias vertebrales y contracturas musculares.
- Enseñar a la población medidas encaminadas a prevenir la aparición de contracturas musculares y episodios de dolor a nivel vertebral.

MÉTODO
Las acciones previstas para lograr los objetivos expuestos consisten en ciclos mensuales de "Escuela de Espalda" en grupos de 5-6 personas que acudirán a una sesión semanal durante un mes con un total de 4 sesiones que se distribuirán de la siguiente manera:
- 1ª sesión: Nociones teóricas sobre aspectos relacionados con la higiene postural, mecánica corporal y hábitos correctos de movilización.
- 2ª sesión: Valoración física global y comienzo del programa de ejercicios. Tonificación muscular de tren superior e inferior y ejercicios de amplitud articular de tronco.
- 3ª sesión: Continuación del programa de ejercicios. Estiramientos musculares y prácticas de higiene postural.
- 4ª sesión: Relajación, dudas y evaluación de la actividad "Escuela de Espalda".
Para la implantación de la actividad, serán necesarios cambios en la distribución horaria para disponer de espacio y tiempo para la realización de la actividad.

INDICADORES
- Número de participantes en "Escuela de Espalda"/ número de pacientes derivados con diagnóstico de algia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0187

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE "ESCUELA DE ESPALDA" EN CENTRO DE SALUD ENSANCHE – TERUEL

vertebral o contractura muscular.

- Tiempo empleado en la realización de "Escuela de Espalda"/ tiempo total de atención fisioterápica.
- Número de pacientes que valoran favorablemente la actividad de "Escuela de Espalda" mediante encuesta a tal efecto.
- Número de participantes que abandonan / número de pacientes incluidos en la actividad.

DURACIÓN

- Duración de cada ciclo de "Escuela de Espalda": Un mes distribuido en 4 sesiones semanales de 45 minutos de duración cada una. La primera sesión teórica en Sala de Docencia y resto de sesiones prácticas en Sala de Fisioterapia.
 - Responsable: Una Fisioterapeuta.
 - Plan de comunicación: En primera visita de Fisioterapia se seleccionarán los pacientes candidatos a realizar la actividad y se les comunicará el modo de acceder a ella.
 - Fecha de inicio: Abril 2018: Elaboración de charla inicial mediante presentación de Power Point y modificación de horarios para la implantación de las sesiones.
 - Mayo y Junio 2018: Inicio de las sesiones grupales.
 - Fecha de finalización: Diciembre 2018 con excepción de Julio y Agosto 2018 en los que se realizará evaluación de los dos primeros meses de implantación de "Escuela de Espalda".
- Posibilidad de continuar la actividad en 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 - 2018/0211

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HABITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE ACTIVIDAD FISICA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS VILLA ORO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA
ROMERO POBO DOMINICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SEPTIEMBRE 2018: Elaboración de presentación en Power Point sobre Higiene Postural para alumnos de Primer ciclo de Primaria (1º y 2º curso).
OCTUBRE 2018: Conversaciones con Jefatura de Estudios de Colegio Público Fuenfresca para valorar la posibilidad de realizar la actividad y futuras fechas probables para su realización.
Elaboración de folletos con recomendaciones para entregar a los escolares.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La actividad de iniciar las charlas en los colegios aún no se ha llevado a cabo, aunque ya hay concertada una fecha pactada con el Colegio Público Fuenfresca para realizar las dos primeras charlas el día 21 Febrero 2019, con los cursos 1º y 2º de primer ciclo de primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha quedado pendiente la realización de las primeras charlas.
PERTINENCIA DEL PROYECTO:
Actualmente las malas posturas entre la población escolar están muy extendidas tanto en los centros educativos como en actividades de su vida cotidiana. Estos hábitos y actitudes incorrectas en las posturas de los escolares pueden llegar a desencadenar patologías a nivel vertebral.
Por lo tanto, la higiene postural es de gran importancia en la adquisición de posturas correctas y el mantenimiento de una buena salud en la población infantil. Además, otro gran problema actual en esta edad temprana es el aumento del sedentarismo y la inactividad física lo que conlleva un aumento de los dolores de espalda entre los escolares. La columna vertebral es un elemento importantísimo para una postura corporal correcta. Su estabilidad y un buen tono muscular son imprescindibles en la prevención de lesiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/211 ===== ***

Nº de registro: 0211

Título
EDUCACION PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HABITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE ACTIVIDAD FISICA

Autores:
VILLA ORO MARIA JESUS, MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA, ROMERO POBO DOMINICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente las malas posturas entre la población escolar están muy extendidas tanto en los centros educativos como en actividades de su vida cotidiana. Estos hábitos y actitudes incorrectas en las posturas de los escolares pueden llegar a desencadenar patologías a nivel vertebral.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0211

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HABITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE ACTIVIDAD FISICA

Por lo tanto, la higiene postural es de gran importancia en la adquisición de posturas correctas y el mantenimiento de una buena salud en la población infantil. Además, otro gran problema actual en esta edad temprana es el aumento del sedentarismo y la inactividad física lo que conlleva un aumento de los dolores de espalda entre los escolares.

La columna vertebral es un elemento importantísimo para una postura corporal correcta. Su estabilidad y un buen tono muscular son imprescindibles en la prevención de lesiones.

RESULTADOS ESPERADOS

- Fomentar la participación comunitaria involucrando a la población infantil de forma activa en su salud.
- Enseñar a los escolares a tomar conciencia de su esquema corporal y hábitos posturales adecuados.
- Dar recomendaciones a la población escolar sobre la correcta colocación de mochilas y sobre hábitos posturales correctos dentro del aula.
- Fomentar la realización de actividad física y la participación en aquellas actividades encaminadas a reducir el sedentarismo.

MÉTODO

Las acciones previstas para lograr estos objetivos consistirán en una serie de charlas a los alumnos de Educación Primaria de algún centro educativo de Teruel capital en las que se insistirá en hábitos posturales correctos por parte de un Fisioterapeuta de Área de Atención Primaria y fomentar estilos saludables respecto a la inactividad física en la población infantil.

Las charlas se impartirán a los alumnos de Educación Primaria intentando dar cobertura al mayor número de alumnos posible según disponibilidad de tiempo y alumnado, con una metodología activa y participativa potenciando la intervención entre los escolares para que sean protagonistas de su aprendizaje.

Estas charlas serán de una hora de duración aproximadamente concertándolas previamente con la Dirección del Centro Educativo.

INDICADORES

- Número de Centros Educativos en los que se impartirá la formación.
- Número de niños asistentes a las charlas / número de niños de Educación Primaria del Centro Educativo en el que se imparten las charlas.
- Porcentaje de niños escolarizados que sufren dolores de espalda.
- Número de charlas impartidas / Centro Educativo.

DURACIÓN

- Duración de cada charla será de una hora aproximadamente.
- Responsable: Un Fisioterapeuta de Área de Atención Primaria.
- Plan de comunicación: Los responsables del Centro Educativo informarán en tiempo y modo a los escolares de la realización de la actividad.
- Fecha de inicio: Septiembre 2018: Elaboración de charla inicial mediante presentación de Power Point y elaboración de folletos (tipo díptico o tríptico) para difundir entre los escolares.
- A partir de Octubre 2018: Inicio de las charlas programadas adecuadamente.
- Fecha de finalización: Diciembre 2018 con posibilidad de continuar en el siguiente curso escolar o aumentar el número de Centros Educativos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0211

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HÁBITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA MUÑOZ TOMAS
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLA ORO MARIA JESUS
ROMERO POBO DOMINICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Enero 2019:

- Elaboración de power point sobre nociones básicas en cuidados de espalda, que se empleará en las charlas a impartir en los centros escolares.
- Elaboración de un tríptico con la aprobación de Dirección de Atención Primaria, que se entregó después de la charla a cada uno de los alumnos.
- Concertar las fechas con la dirección de los centros educativos para la realización de las charlas.

Febrero 2019:

- 21/02/19: Realización de las primeras charlas en colegio La Fuenfresca en primer ciclo de primaria (cursos 1º y 2º de primaria). Se impartieron 2 charlas; una para alumnos de 1º de primaria en la que participaron un total de 56 alumnos que corresponden al 100% de alumnos de 1º primaria. Y otra charla para alumnos de 2º de primaria en la que participaron un total de 53 alumnos que corresponden al 99% de alumnos de 2º primaria, con una duración de una hora aproximadamente cada una de ellas. Charlas impartidas en curso escolar 2018-19.
- 27/02/19: Publicado en Diario de Teruel el artículo sobre la realización de esta actividad en el colegio Fuenfresca.

Mayo 2019:

- 07/05/19: Realización de 2 charlas en colegio Las Viñas en primer ciclo de primaria (cursos 1º y 2º de primaria). Se impartió una para 1º de primaria en la que participaron 40 alumnos que corresponden al 100% de alumnos de 1º primaria, y otra charla para alumnos de 2º de primaria en la que participaron 50 alumnos que corresponden al 100% de alumnos de 2º primaria, con una duración de una hora aproximadamente cada una de ellas. Curso escolar 2018-19.
- Elaboración y entrega de encuesta sobre la actividad realizada, a responder por parte de los tutores de los cursos correspondientes.

- La charlas de febrero y mayo de 2019 corresponden al curso escolar 2018-19.

Diciembre 2019:

- Las charlas realizadas en diciembre 2019 corresponden al curso escolar 2019-20.
- En este curso escolar 2019-20 se amplía la oferta de la actividad al Colegio La Salle y se mantiene para los alumnos de 1º de primaria de los colegios La Fuenfresca y Las Viñas que ya habían realizado la actividad el curso anterior (2018-19), por lo que sólo se realizarán las charlas en los cursos de 1º de primaria.
- 03/12/19: Se impartió una charla en Colegio La Salle para alumnos de 1º de primaria en la que participaron 45 alumnos que corresponden al 100% de alumnos de 1º de primaria.
- 05/12/19: Se impartió otra charla en Colegio La Salle para alumnos de 2º de primaria en la que participaron 50 alumnos que corresponden al 100% de alumnos de 2º de primaria, con una duración de una hora aproximadamente cada una de ellas.
- 12/12/19: Se impartió una charla en Colegio La Fuenfresca SOLAMENTE para alumnos de 1º de primaria, puesto que en febrero 2019 (curso anterior) se impartió la charla a los cursos 1º y 2º. En esta ocasión 3 vías de 1º primaria con un total de 69 alumnos de un total de 72 alumnos que corresponde al 95,83% de alumnos de 1º de primaria.

Enero 2020:

- 27/01/20: Se impartió una charla en Colegio Las Viñas SOLAMENTE para alumnos de 1º de primaria, puesto que en febrero 2019 (curso anterior) se impartió la charla a los cursos de 1º y 2º. En esta ocasión 2 vías de 1º primaria con la participación de un total de 37 alumnos de un total de 42 alumnos que corresponde al 88,09% de alumnos de 1º de primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Por parte de la Unidad de Fisioterapia de Centro de Salud Teruel Ensanche, se ha fomentado la participación comunitaria concienciando a la población infantil de 6 y 7 años de forma activa en su salud, adquiriendo conocimientos elementales de higiene postural en el ámbito escolar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0211

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HÁBITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

- Se ha enseñado a los escolares a tomar conciencia de su esquema corporal y hábitos posturales correctos dentro del aula.
- Se han realizado recomendaciones a la población escolar sobre la manera correcta de transportar el material escolar (adecuada colocación de mochilas) y hábitos posturales correctos dentro del aula (cómo sentarse adecuadamente).
- Se ha fomentado la realización de actividad física y participación en actividades encaminadas a reducir el sedentarismo.

- Diario de Teruel publicó con fecha 27/02/2019 un artículo sobre la actividad realizada en el Centro Educativo La Fuenfresca. En él, la redacción del Diario destaca la actitud participativa por parte de los escolares. Diario de Teruel explica en su artículo que la Fisioterapeuta insistió en su charla en la importancia de cuidar la espalda desde la edad infantil para prevenir posibles lesiones y en fomentar la actividad física entre los escolares como parte de unos hábitos de vida saludables.

- Los resultados de las encuestas contestadas por los tutores de los cursos donde se realizó la actividad (1º y 2º de primaria) son los siguientes:
 - o Todos consideran que la actividad ha resultado interesante para los alumnos de Primer Ciclo de Educación Primaria (1º y 2º curso de primaria) y que los contenidos se adaptan a la población infantil.
 - o Todos los cursos en los que se impartieron las charlas, trabajaron el tema de "cuidado de espalda". Algunos lo habían trabajado en temas de salud previo a impartir las charlas y comentan los tutores que sirvió de refuerzo. Otros tutores indican que trabajaron el tema a partir de la charla.
 - o Todos los tutores opinan que es adecuado el nivel sobre el que se ha trabajado (1º y 2º de primaria), y algunos indican que sería interesante trabajarlo incluso en niveles más tempranos (infantil) o también en niveles superiores ampliando los contenidos..
 - o Todos los tutores creen que los alumnos han adquirido conocimientos básicos sobre nociones de higiene postural y consideran apropiado continuar con la actividad en el mismo nivel (1º Ciclo de Primaria) durante cursos posteriores.

- Esta actividad se va a ofrecer dentro de las actividades de la Agenda Comunitaria del Centro de Salud Ensanche para el próximo año 2020.

- Indicadores:
 - Número de centros: 3
 - Número de alumnos/ total de alumnos del ciclo: 400/410
 - Número de charlas / centro educativo: Total charlas: 8

- o La Fuenfresca: 3
- o Las Viñas: 3
- o La Salle: 2

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La responsable del proyecto, Fisioterapeuta de Área Mª Teresa Muñoz Tomás, valora la actividad muy positivamente ya que al ser algo nuevo no realizado previamente no se sabía la aceptación que tendría.
- Tanto la disponibilidad de los Centros Educativos para realizar las charlas como las respuestas a las encuestas por parte de los tutores de los cursos en los que se realizó la actividad, hacen concluir el interés que dicho proyecto ha generado en la comunidad educativa como una importante tarea de educación para la salud desde los centros sanitarios en colaboración con los centros educativos.
- También se valora positivamente haber alcanzado los objetivos iniciales del proyecto.
- A pesar de la finalización como Proyecto de Mejora de Calidad, la actividad de impartir la charla al menos en los centros educativos ya iniciados, es de gran importancia por el interés suscitado, por lo que al finalizar el proyecto dicha actividad continuará como actividad comunitaria desde la Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria del Centro de Salud Teruel Ensanche para cursos escolares sucesivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/211 ===== ***

Nº de registro: 0211

Título
EDUCACION PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HABITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE ACTIVIDAD FISICA

Autores:
VILLA ORO MARIA JESUS, MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA, ROMERO POBO DOMINICA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0211

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HÁBITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente las malas posturas entre la población escolar están muy extendidas tanto en los centros educativos como en actividades de su vida cotidiana. Estos hábitos y actitudes incorrectas en las posturas de los escolares pueden llegar a desencadenar patologías a nivel vertebral.

Por lo tanto, la higiene postural es de gran importancia en la adquisición de posturas correctas y el mantenimiento de una buena salud en la población infantil. Además, otro gran problema actual en esta edad temprana es el aumento del sedentarismo y la inactividad física lo que conlleva un aumento de los dolores de espalda entre los escolares.

La columna vertebral es un elemento importantísimo para una postura corporal correcta. Su estabilidad y un buen tono muscular son imprescindibles en la prevención de lesiones.

RESULTADOS ESPERADOS

- Fomentar la participación comunitaria involucrando a la población infantil de forma activa en su salud.
- Enseñar a los escolares a tomar conciencia de su esquema corporal y hábitos posturales adecuados.
- Dar recomendaciones a la población escolar sobre la correcta colocación de mochilas y sobre hábitos posturales correctos dentro del aula.
- Fomentar la realización de actividad física y la participación en aquellas actividades encaminadas a reducir el sedentarismo.

MÉTODO

Las acciones previstas para lograr estos objetivos consistirán en una serie de charlas a los alumnos de Educación Primaria de algún centro educativo de Teruel capital en las que se insistirá en hábitos posturales correctos por parte de un Fisioterapeuta de Área de Atención Primaria y fomentar estilos saludables respecto a la inactividad física en la población infantil.

Las charlas se impartirán a los alumnos de Educación Primaria intentando dar cobertura al mayor número de alumnos posible según disponibilidad de tiempo y alumnado, con una metodología activa y participativa potenciando la intervención entre los escolares para que sean protagonistas de su aprendizaje.

Estas charlas serán de una hora de duración aproximadamente concertándolas previamente con la Dirección del Centro Educativo.

INDICADORES

- Número de Centros Educativos en los que se impartirá la formación.
- Número de niños asistentes a las charlas / número de niños de Educación Primaria del Centro Educativo en el que se imparten las charlas.
- Porcentaje de niños escolarizados que sufren dolores de espalda.
- Número de charlas impartidas / Centro Educativo.

DURACIÓN

- Duración de cada charla será de una hora aproximadamente.
- Responsable: Un Fisioterapeuta de Área de Atención Primaria.
- Plan de comunicación: Los responsables del Centro Educativo informarán en tiempo y modo a los escolares de la realización de la actividad.
- Fecha de inicio: Septiembre 2018: Elaboración de charla inicial mediante presentación de Power Point y elaboración de folletos (tipo díptico o tríptico) para difundir entre los escolares.
- A partir de Octubre 2018: Inicio de las charlas programadas adecuadamente.
- Fecha de finalización: Diciembre 2018 con posibilidad de continuar en el siguiente curso escolar o aumentar el número de Centros Educativos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0211

1. TÍTULO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HÁBITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0165

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE SUSANA ROSA MORALEDA
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRERA SORIANO BEATRIZ
MONTON GASCON BEATRIZ
MARTIN PRIETO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- ENERO 2018:

. Elaboración Presentación en Power Point de las Charlas de Salud Bucodental orientadas a alumnos de 1º de Primaria (niños de 6-7 años); donde se les explica a los niños de forma sencilla, dinámica y divertida los conceptos relacionados con su Salud Bucal, para la adquisición de buenos hábitos Higiénico- Dietéticos, (alimentación saludable, correcto cepillado...).

. Elaboración Presentación en Power Point del Taller de Cepillado Dental orientado a alumnos de 2º de Primaria (niños de 7-8 años); donde de forma práctica se les enseña al correcto cepillado de sus dientes y correcto uso del Hilo dental.

. Primer contacto con los responsables de los distintos centros escolares de la zona, para ir viendo su interés y empezar a concretar fechas de la realización del proyecto.

. Preparación de los distintos materiales necesarios para realizar las actividades. (Espejos, servilletas, vasos, Revelador de Placa, Hilo Dental)

. Realización de fotocopias necesarias. A cada alumno después de la actividad se les entrega:

- Carta del Gobierno de Aragón con la Información del PABIJ (Programa Atención Bucodental Infanto- juvenil de Aragón).

-Copia del Tríptico facilitado por Sanidad del Programa de Dientes Sanos.

-Calendario mensual de apoyo donde indican cuántas veces se cepillan al día.

-Certificado de participación en la actividad.

. Informar al profesorado sobre el programa de Colgate Sonrisas Brillantes ; para que soliciten el material necesario para el taller (cepillos de dientes y pasta dental).Este programa es específico para los colegios.

. Puesta en contacto con Profesora del Módulo de Técnico Superior en Higiene Bucodental del Instituto Vega del Turia de Teruel para coordinar los Talleres; junto con sus alumnas estos talleres son más dinámicos y efectivos, por disponer de personas formadas para enseñar prácticamente de forma individual a cada niño.

-FEBRERO 2018:

. Organización de la agenda.

-MARZO-ABRIL 2018:

. Realización de las Charlas Y los Talleres para los alumnos de 1º y 2º de Primaria en los Colegios: CEIP Las Anejas y CEIP La Fuenfresca de Teruel.

-OCTUBRE 2018:

. Puesta en contacto con Periódico local "Diario de Teruel "para dar conocimiento del Programa PABIJ y de la actividad realizada en la Unidad de salud Bucodental desde el Centro de Salud de Teruel Ensanche.

-DICIEMBRE 2018:

. Evaluación de la actividad; para ello a cada alumno se le facilita posteriormente una encuesta para valorar si han asimilado los conocimientos dados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Participación del 100% de los niños escolarizados en Colegio CEIP Anejas y CEIP Fuenfresca de 1º de Primaria

- Participación del 100% de los niños escolarizados en Colegio CEIP Anejas y CEIP Fuenfresca de 2º de Primaria

- Para la realización de las Charlas y Talleres se han empleado un total de 12 horas de la jornada laboral.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Participación activa por parte del alumnado y muy buena colaboración del profesorado; donde ya hemos concretado la actividad para próximo año.

- Dar a conocer la actividad en un medio local como el " Diario de Teruel " ha hecho que Profesorado y Asociaciones de Padres de otros Centros nos trasmitan su interes en que realicemos esta actividad en sus respectivos Centros Docentes.

- Con las encuesta entregadas al final de las distintas actividades, se ha observado una buena asimilación de las ideas que se querían transmitir.

- La colaboración de Profesora y Alumnas de 2º Curso del Módulo de Técnico Superior de Higiene Bucodental del Instituto Vega del Turia de Teruel es esencial, ya que permite de forma prácticamente individualizada explicar a cada niño/a las Técnicas correctas de Cepillado e Hilo Dental y a ellas les facilita la realización de actividades prácticas en relación al módulo.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0165

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

*** ===== Resumen del proyecto 2018/165 ===== ***

Nº de registro: 0165

Título
SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

Autores:
ROSA MORALEDA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Caries y enfermedad de las encías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la Salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la Unidad de Salud Bucodental de Teruel (USBD), se ha detectado la necesidad de llevar a cabo actuaciones dirigidas a la Promoción - Prevención de la salud bucal infantil; así como a la información sobre PABIJ (Programa de atención Bucodental Infantil y Juvenil en Aragón).
Los niños que acuden a nuestra unidad, en la mayoría de los casos ya han desarrollado " caries dental " u otras patologías y tanto ellos como sus padres desconocen qué tipo de actuaciones son importantes y necesarias para evitar la enfermedad. Aquí también tenemos que informar de en qué consiste el PABIJ y qué prestaciones ofrece. La importancia de este proyecto consiste en disminuir la incidencia de caries y enfermedad de las encías, intentando conseguir un cambio en los hábitos dietético-higiénicos; así como concienciar a los niños y a través de ellos a los padres de la necesidad del cuidado de nuestra boca desde la infancia y también de la importancia de revisiones y visitas asiduas a nuestra Unidad de Salud bucodental.
Todo esto lo podremos desarrollar por medio de Charlas y Talleres en los colegios de la zona.

RESULTADOS ESPERADOS
Educación para la Salud de todos los asistentes respecto a :
- La importancia de tener una Boca Sana desde la infancia; de los problemas que nos pueden surgir; el motivo de por qué se producen las Caries y enfermedad de las encías.
- Qué podemos hacer para no desarrollar la Enfermedad. (Caries, enfermedad de las encías ...)
- Alimentación saludable.
- Correcto Cepillado de Dientes.
- Los beneficios de acudir a la Consulta dental asiduamente.

MÉTODO
Consiste en un conjunto de Charlas y Talleres con una presentación en Power point; según edad en los Colegios de Primaria de la localidad, en grupos de 20-40 niños aproximadamente ; dependiendo de la oferta de las aulas, de las instalaciones y de los docentes de cada colegio.
Para la realización de las distintas actividades nos desplazaremos a cada Colegio; en horario más conveniente tanto para la Unidad como para los Centros educativos; a concretar con la Dirección.

INDICADORES
- Número de niños participantes en " Salud Bucodental Infantil " de 1º de Educación Primaria del Centro / alumnos de 1º de Educación Primaria del Centro.

- Número de niños participantes en " Salud Bucodental Infantil " de 2º de Educación Primaria del Centro / alumnos de 2º de Educación Primaria del Centro.

- Tiempo empleado en la realización de la Actividad / total de tiempo de Jornada de trabajo en la USBD de Teruel.

DURACIÓN
- ENERO 2018 : Diseño, realización de Charla y Taller (Power Point).

- ENERO a DICIEMBRE 2018 : Realización de las Actividades de 1º y 2º de Educación Primaria en los distintos Colegios.

Esta ACTIVIDAD tendrá una continuidad en años sucesivos ; dependiendo del calendario escolar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0165

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0165

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE SUSANA ROSA MORALEDA
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRERA SORIANO BEATRIZ
MONTON GASCON BEATRIZ
MARTIN PRIETO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ENERO 2019 : Realizado por la responsable del proyecto

- Revisión y actualización de las presentaciones en Power point sobre Salud Bucal y Hábitos higiénico Dietéticos saludables, para niños de 1º de Primaria.
- Revisión y actualización de las presentaciones en Power point sobre correcto cepillado dental para niños de 2º de Primaria.
- Realización nuevo Power Point formato CHARLA-TALLER para niños que se realizará en centros con niños de distintas edades (de 6 a 12 años)
- Puesta en marcha de la actividad informando al profesorado de los distintos Centros Escolares de la apertura de plazo para inscripción en el Programa de Colgate " sonrisas brillantes " donde posteriormente nos envían Cepillos y pastas dentales para la realización de los Talleres.
- Preparación de material necesario para la realización de las actividades (tanto para las charlas como para los talleres)
- Concertar las fechas con la dirección de los centros educativos .
- Organización de Agenda.
- Elaboración un tríptico por parte de la higienista Dental, aprobado por la Dirección de Atención Primaria con información orientada a los padres sobre el inicio de los cuidados bucodentales de sus hijos.

ENERO A DICIEMBRE 2019 :

ACTIVIDADES : Las realizan Susana Rosa Moraleda (responsable del proyecto) . junto con las demás componentes del equipo : Beatriz Barrera Soriano, Beatriz Montón Gascón y Maria Luisa Martín Prieto

- CHARLAS : Dirigidas a niños de 1º de Primaria : Duración de 1 hora y media cada una (con grupos de 20 niños aproximadamente cada charla)
- Realizadas por Susana Rosa Moraleda, Beatriz Barrera Soriano y Beatriz Montón Gascón.

Se realizaron: - 04/02/19 en CEIP Fuenfresca (3 Charlas)
- 09/01/2019 en CEIP Anejas (3 Charlas)

- TALLERES : Dirigido a niños de 2º de Primaria : Duración de 2 horas cada una (con grupos de 20 niños aproximadamente cada taller).
- Realizados por Susana Rosa Moraleda y Maria Luisa Martín Prieto, junto con los alumnos del módulo de Técnico Superior de Higiene Bucodental del IES Vega del Turia.

Se realizaron : - 15/01/19 en CEIP Fuenfresca (3 Talleres)
- 10/10/19 en CEIP Anejas (4 Talleres)

- CHARLA - TALLER : Como novedad este año ante la gran aceptación y demanda de otros centros se ha probado a hacer única CHARLA-TALLER para niños de otras edades, para comprobar su funcionamiento :
- Realizadas por Susana Rosa Moraleda y Maria Luisa Martín Prieto, junto con los alumnos del módulo de Técnico Superior de Higiene Bucodental del IES Vega del Turia.

Se realizaron : - 10/01/19 en CEIP Ensanche (3 Charlas- Taller). 4º de Primaria
- 18/10/19 en CEIP Ensanche (3 Charlas - Taller). 3º de Primaria
- 17/01/20 en CRA TURIA : San Blas y Villaespesa (2 Charlas- Taller)
De 1ª a 6º de Primaria.

- Cada niño una vez finalizada la actividad ha cumplimentado una encuesta para comprobar la efectividad .

- Hemos facilitado una encuesta al profesorado para saber qué les ha parecido las charlas y los talleres y si creen que es adecuada y útil. El resultado ha sido satisfactorio, indicando los profesores lo beneficioso que han sido estas actividades para sus alumnos.

- Estas Actividades se han seguido Publicado en un Periódico Local " Diario de Teruel " como oferta desde la Unidad De Salud Bucodental de Teruel del Centro de Salud de Teruel Ensanche (16/01/19, 22/01/2020)

- Participación de Susana Rosa Moraleda como ponente del SEMINARIO CIENTIFICO DEL PAPEL DEL HIGIENISTA DENTAL EN ODONTOLOGÍA COMUNITATIA que se ha celebrado en Zaragoza el 25/01/20 dando a conocer el proyecto, con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0165

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

participación de Higienistas Dentales de otras Unidades de Salud Bucodental del SALUD y de otras Comunidades Autónomas en el que han asistido sobre 110 profesionales de la salud bucodental. Desde un periódico local " Diario de Teruel " se ha dado difusión de la participación de la responsable del proyecto en este evento (23/01/2020).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Participación muy positiva por parte del alumnado y colaboración activa del profesorado de los distintos Centros Educativos:

Participación Niños de 1º de Primaria del 96.58% :

- CEIP Fuenfresca (56 niños de los que participaron 53).

- CEIP Anejas (61 niños de los que participaron 60).

Participación Niños de 2º de Primaria del 98.57%:

- CEIP Fuenfresca (57 niños de los que participaron 57).

- CEIP Anejas (83 niños de los que participaron 81).

Participación niños de 3º de Primaria del 100%

- CEIP Ensanche (58 niños de los que participaron 58)

Participación niños de 4º de primaria del 96.60%

- CEIP Ensanche (59 niños de los que participaron 57).

En CRA TURIA han participado niños de 1º a 6º de Primaria un total de 66 niños con una participación del 100%

- San Blas : 1º (5 niños) / 2º (7 niños) / 3º (5 niños) / 4º (6 niños) / 5º (8 niños) y

6º (10 niños)

- Villaespesa : 1º (3 niños) / 2º (4 niños) / 3º (5 niños) / 4º (4 niños) /

5º (5 niños) / 6º (4 niños).

Se ha empleado un total de 39 horas de jornada laboral para realizar todas las actividades; distribuidas en :

- CHARLAS : 9 horas

- TALLERES : 14 horas.

- CHARLAS-TALLER : 16 horas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En las encuestas que se realizaron a los alumnos hemos observado que los niños están muy concienciados de la importancia de su salud Bucal y que la información que les hemos facilitado la asumen como una parte importante de su salud bucodental.

El profesorado nos ha comunicado que este tipo de actividades les es muy útil para trabajar posteriormente con los alumnos, donde ellos refuerzan lo que los niños han aprendido con respecto a los hábitos higiénico dietéticos saludables.

Todos los integrantes del proyecto consideramos que es una actividad que consiste en fomentar la Salud Bucodental en edad Infantil, esta edad es muy importante para adquirir hábitos higienico dieteticos saludables, que perdurarán a lo largo de sus vidas.

Este proyecto se da por finalizado, pero se ofertará en años sucesivos como actividad Comunitaria dentro del Centro de Salud Teruel Ensanche, por la necesidad demandada por parte de los docentes ya que han expresado su deseo de continuación.

Como idea de futuro nos parece adecuado intentar incluir este proyecto en RAPPS en el próximo año ; ya que creemos que reúne las características de promoción de la salud a través de un equipo multidisciplinar .

En breve la Agenda Comunitaria del Centro de Salud de Teruel Ensanche estará disponible y este proyecto " Salud Bucodental en Edad Infantil " forma parte de ella

7. OBSERVACIONES.

Colaboración positiva con Profesorado y alumnos del Módulo de 2ª Curso del ciclo formativo de Técnico Superior de Higiene Bucodental del IES Vega del Turia de Teruel

*** ===== Resumen del proyecto 2018/165 ===== ***

Nº de registro: 0165

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0165

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

Autores:
ROSA MORALEDA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Caries y enfermedad de las encías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la Salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la Unidad de Salud Bucodental de Teruel (USBD), se ha detectado la necesidad de llevar a cabo actuaciones dirigidas a la Promoción - Prevención de la salud bucal infantil; así como a la información sobre PABIJ (Programa de atención Bucodental Infantil y Juvenil en Aragón).
Los niños que acuden a nuestra unidad, en la mayoría de los casos ya han desarrollado " caries dental " u otras patologías y tanto ellos como sus padres desconocen qué tipo de actuaciones son importantes y necesarias para evitar la enfermedad. Aquí también tenemos que informar de en qué consiste el PABIJ y qué prestaciones ofrece.
La importancia de este proyecto consiste en disminuir la incidencia de caries y enfermedad de las encías, intentando conseguir un cambio en los hábitos dietético-higiénicos; así como concienciar a los niños y a través de ellos a los padres de la necesidad del cuidado de nuestra boca desde la infancia y también de la importancia de revisiones y visitas asiduas a nuestra Unidad de Salud bucodental.
Todo esto lo podremos desarrollar por medio de Charlas y Talleres en los colegios de la zona.

RESULTADOS ESPERADOS

Educación para la Salud de todos los asistentes respecto a :
- La importancia de tener una Boca Sana desde la infancia; de los problemas que nos pueden surgir; el motivo de por qué se producen las Caries y enfermedad de las encías.
- Qué podemos hacer para no desarrollar la Enfermedad. (Caries, enfermedad de las encías ...)
- Alimentación saludable.
- Correcto Cepillado de Dientes.
- Los beneficios de acudir a la Consulta dental asiduamente.

MÉTODO

Consiste en un conjunto de Charlas y Talleres con una presentación en Power point; según edad en los Colegios de Primaria de la localidad, en grupos de 20-40 niños aproximadamente ; dependiendo de la oferta de las aulas, de las instalaciones y de los docentes de cada colegio.
Para la realización de las distintas actividades nos desplazaremos a cada Colegio; en horario más conveniente tanto para la Unidad como para los Centros educativos; a concretar con la Dirección.

INDICADORES

- Número de niños participantes en " Salud Bucodental Infantil " de 1º de Educación Primaria del Centro / alumnos de 1º de Educación Primaria del Centro.
- Número de niños participantes en " Salud Bucodental Infantil " de 2º de Educación Primaria del Centro / alumnos de 2º de Educación Primaria del Centro.
- Tiempo empleado en la realización de la Actividad / total de tiempo de Jornada de trabajo en la USBD de Teruel.

DURACIÓN

- ENERO 2018 : Diseño, realización de Charla y Taller (Power Point).
- ENERO a DICIEMBRE 2018 : Realización de las Actividades de 1º y 2º de Educación Primaria en los distintos Colegios.

Esta ACTIVIDAD tendrá una continuidad en años sucesivos ; dependiendo del calendario escolar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0165

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1189

1. TÍTULO

PORCENTAJE DE PACIENTES PEDIATRICOS VISTOS EN SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA CON OTITIS MEDIA AGUDA QUE SON TRATADOS CON AMOXICILINA O AMOXICILINA-CLAVULANICO

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE YOLANDA BAYONA FARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAYONA FARO YOLANDA
ZEIN SIDAHMED
BENEDI ZAMARVIDE MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Prescribir, según un protocolo en base a las directrices de la sociedad española de pediatría, amoxicilina o amoxicilina-clavulanico en niños con otitis media aguda

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Reducción del uso de antibióticos y en el caso de que sea necesario usarlos, pautar, siempre que no haya alergias, amoxicilina o amoxicilina-clavulanico.
Fuente y método de obtención: historias de los niños vistos en el servicio de atención continuada del C.S. Utrillas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha visto que en muchos casos en los que antes se hubiera dado antibiótico no es necesario darlo. También que la amoxicilina o amoxicilina-clavulanico son tan eficaces como otros antibióticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1189 ===== ***

Nº de registro: 1189

Título
PORCENTAJE DE PACIENTES PEDIATRICOS VISTOS EN SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA CON OTITIS MEDIA AGUDA QUE SON TRATADOS CON AMOXICILINA O AMOXICILINA-CLAVULANICO

Autores:
BENEDI ZAMARVIDE MARTA, BAYONA FARO YOLANDA, ZEIN CHEJ SIDAHMED

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Detectar el porcentaje de pacientes pediátricos vistos en atención continuada que son tratados con antibiótico y ver que antibiótico se usa, ya que se observa que en muchas ocasiones se usan antibióticos sin ser necesario y que los que se usan en ocasiones no son amoxicilina o amoxicilina-clavulánico

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es prescribir antibiótico vía oral únicamente cuando está indicado y que este sea el adecuado. Nuestra población diana serían los pacientes en edad pediátrica puesto que es en este grupo en el que la incidencia de otitis es mayor.
El servicio al que está dirigido el proyecto es el de atención continuada ya que aquí es donde desarrollamos básicamente nuestra actividad los médicos participantes y es en este servicio donde acuden gran cantidad de niños con otalgia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1189

1. TÍTULO

PORCENTAJE DE PACIENTES PEDIATRICOS VISTOS EN SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA CON OTITIS MEDIA AGUDA QUE SON TRATADOS CON AMOXICILINA O AMOXICILINA-CLAVULANICO

MÉTODO

- Basarnos en las directrices de la Sociedad Española de Pediatría para prescribir antibiótico.
- Reunión semanal para revisar los pacientes vistos por otalgia y la actividad de los distintos profesionales.

INDICADORES

Uso de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico en pacientes pediátricos con otitis media aguda según recomendaciones de Asociación Española de Pediatría.

DURACIÓN

Realización durante el año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1171

1. TÍTULO

SUPERVISION Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUAL-COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE MARTA BENEDI ZAMARVIDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONZON GRACIA ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

II.- Actividades realizadas durante el año.

SE HAN CONFECCIONADO, SUPERVISADO Y CERTIFICADO DURANTE ESTE AÑO 2017 UN TOTAL DE 10 MENÚS PARA EL COMEDOR ESCOLAR

- DURANTE EL CURSO ESCOLAR 2016-2017: LOS MENÚS DE COMEDOR ESCOLAR CORRESPONDIENTES A LOS MESES DE ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL, MAYO Y JUNIO, INCLUSIVE.

- DURANTE EL CURSO ESCOLAR 2017-2018: LOS MENÚS DE COMEDOR ESCOLAR CORRESPONDIENTES A LOS MESES DE SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE, INCLUSIVE.-

- En cuanto a las actividades de organización : Como se ha expuesto, se realiza una primera reunión conjunta entre todos los implicados en el proyecto (personal sanitario, personal de cocina y dirección del centro escolar) y posteriormente se van realizando comunicaciones mensuales para ir confeccionando los menús que corresponde a cada mes del curso escolar, remitiéndose dichas comunicaciones vía telemática y haciendo llegar las certificaciones firmadas de cada mes personalmente a la dirección del centro para ser incluidas en los correspondientes archivos que son requeridos, en su caso, por la inspección sanitaria.

- (de comunicación (difusión a profesionales del centro, otros centros y a los grupos y población destinataria, etc.): Asimismo, se hace entrega a cada familia, a través de los alumnos, durante la última semana de cada mes, una copia del menú del comedor escolar que va a estar vigente durante el siguiente mes. Como se ha expuesto, se debe tener en cuenta que el área de influencia escolar del centro escolar es COMARCAL, por cuanto las familias que se matriculan en este centro escolar provienen de la mitad de la Comarca Cuencas Mineras, unos 10 municipios, a través de las rutas escolares que ofrece el servicio provincial de Educación por medio del convenio suscrito con la entidad comarcal.

- de evaluación (metodología para obtener la información y su valoración). La información que va a servir para la confección de los menús escolares se obtiene, en un primer momento, por parte del personal de cocina que indica cuáles son los alimentos de los que se dispone o se puede disponer; en un segundo momento del proceso, se estudian dichos alimentos por parte del personal sanitario y se aplican las tablas de conocimiento profesional que se tienen por parte del personal sanitario respecto del cálculo de los porcentajes de kilocalorías, hidratos de carbono, lípidos y proteínas, conforme a las guías profesionales así como la GUIA DE COMEDORES ESCOLARES y reglamentación tanto autonómica como estatal relativa al servicio de comidas en los centros escolares..

- Especificar los materiales elaborados y utilizados (guías y materiales para profesionales, recursos para pacientes y población destinataria, etc.). Se confecciona un DOCUMENTO en formato WORD, correspondiente a cada mes y formado por cada uno de los días lectivos que componen el curso escolar durante ese mes, que es remitido por la dirección del centro al consultorio médico local, vía telemática, donde es supervisado y, adaptados los alimentos propuestos por el personal de cocina a los valores estimados saludables según las indicaciones sanitarias, es nuevamente remitido a la dirección del centro para su entrega a las familias mediante copias, siendo el documento original archivado por el personal de cocina en los documentos que forman aquellos requeridos cuando se procede a las inspecciones sanitarias reglamentarias en las instalaciones del comedor escolar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

III.-Objetivos y resultados alcanzados.

- Valoración del grado de consecución de los objetivos específicos del proyecto. Se ha constatado a través de la dirección del centro sanitario, así como del personal de cocina y de las familias de los alumnos que usan el servicio de comedor escolar del centro de Montalbán, que el servicio de supervisión dietética ofrece una garantía de prevención y de fomento de hábitos saludables entre los escolares, y asimismo que las propias familias han valorado este servicio como excelente dentro de la oferta educativa que conlleva el centro escolar de Montalbán. Asimismo, se valora positivamente por parte del profesorado en el claustro de profesores y por parte de toda la Comunidad Educativa en el consejo escolar que se reúne trimestralmente para analizar la situación del comedor escolar durante el curso, y así se ha trasladado al personal sanitario supervisor, indicándose asimismo por parte de las autoridades de la inspección sanitario el cumplimiento de la normativa vigente por parte del servicio de comedor escolar del Colegio de Montalbán.

- Coherencia de lo realizado con el objetivo general del proyecto. El objetivo general del proyecto es fomentar y promocionar hábitos saludables y de prevención de enfermedades relacionadas con la nutrición entre la población escolar, haciendo especial hincapié en la aplicación de unas DIETA SALUDABLE, con un amplio abanico de oferta alimentaria, determinando las necesidades propias de las edades de los alumnos, y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1171

1. TÍTULO

SUPERVISION Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUAL-COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

particularmente insistiendo en la ingesta de alimentos saludables como frutas, verduras, legumbres, ausencia de grasas industriales, etc...

- Descripción de los principales resultados alcanzados e impacto del proyecto. Los principales resultados obtenidos se han detectado por parte de la dirección del centro escolar indicando que los escolares que hacen uso del comedor escolar llevan una dieta saludable, que su alimentación es rica y variada, y que además, por parte del personal que se encarga del cuidado de los alumnos en el servicio de comedor escolar, monitoras de comedor, se indica el alto grado de satisfacción de las familias respecto de la oferta gastronómica que se indica en el menú a través del conocimiento personal de los radio oyentes cuanto han acudido a la consulta médica o a la oficina de farmacia indicando que algunas cuestiones ya las había escuchado por la radio en el programa de salud; por ejemplo, se había enterado del inicio de la campaña de vacunación, o había conocido la instalación de aparatos desfibriladores en la localidad.

Indicadores cuantitativos y cualitativos seleccionados y su relación con los objetivos. Por lo tanto, al tratarse de fomentar y promocionar hábitos saludables desde edades tempranas, se favorece la salud de los escolares directamente desde una de las principales comidas del día (hay que mencionar asimismo, que el propio centro escolar está inmerso desde hacer varios cursos escolares en el programa del Gobierno de Aragón dedicado al fomento del consumo de la fruta en el almuerzo del recreo escolar) precisamente en la etapa de mayor crecimiento y desarrollo tanto físico como intelectual, además de contribuir a la prevención de algunos problemas de salud relacionados con la nutrición (obesidad, dislipemia, etc..), y se contribuye asimismo disminuir el porcentaje de alumnado, con edades comprendidas entre los 3 y 14 años, que padecen obesidad, a través del programa del Niño Sano.

Comparación de los cambios entre la situación previa (antes del desarrollo del proyecto) y final (en el momento de hacer la memoria).

La cualificación de la alimentación que a través de este proyecto tienen los alumnos del centro escolar de Montalbán que son usuarios del servicio de comedor escolar ha ido en aumento por la supervisión dietética que se produce a través de personal cualificado, incidiendo en aquellos aspectos que pueden mejorar la DIETA ALIMENTICIA de los mismos, aportando y aplicando información nutritiva esencial para su desarrollo en una de las principales comidas del día, que se completa también, como se ha indicado por el programa de ESCUELA DE SALUD del Gobierno de Aragón que ofrece fruta para el almuerzo, concienciando además a las familias de dichos alumnos hacia la ingesta de alimentos saludables y los valores energéticos que la comida realizada por su hijo lleva consigo, lo que supone además un condicionante para las siguientes comidas que los alumnos hacen a lo largo del día ya fuera del horario escolar;

Los cambios hacia esa mejora de la alimentación general de los alumnos se ha ido observando desde los cursos 2014-2015 y 2015-2016 en los que se implantó este proyecto de supervisión de menús escolares.

- Grado de implicación y participación de los grupos y población destinataria en el desarrollo del proyecto. También la participación de los participantes en la evaluación del proyecto. Tanto por parte del personal interno de cocina del comedor escolar, como por parte del equipo directivo, del resto de docentes, así como por parte de los monitores del servicio de comedor, y del personal sanitario del consultorio médico local, el grado de implicación es máximo, corroborado, como se ha expuesto, en la implantación de este proyecto desde hace varios cursos y mantenido en los siguientes cursos escolares que comienzan;

- Asimismo, por parte de la Comunidad Educativa, a través del Consejo Escolar del centro, entre los que se encuentran, además del personal docente, representantes de familias y del Ayuntamiento de Montalbán, se ha trasladado su satisfacción por contar con este servicio extraordinario, tanto en lo profesional como en lo cercano y fácil acceso que ofrece el consultorio médico local, y además las familias en general son conocedoras de primera mano, de toda la información que se contienen en los menús escolares al hacerles llegar los documentos elaborados cada mes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

IV.-Lecciones aprendidas.

- Recomendaciones para asegurar el afrontamiento de las dificultades y la flexibilidad del proyecto. Valoración de la viabilidad y factibilidad del proyecto. Tanto desde el personal sanitario local como desde la Comunidad Educativa del centro escolar de Montalbán, y del compromiso personal de todos los implicados en el proyecto, se mantiene la confianza inicial de que este tipo de proyectos no solo son necesarios, si no que se estima que son imprescindibles para fomentar y promocionar una vida saludable entre la población escolar de nuestra zona, así una completa educación sanitaria, particularmente en el medio rural, por las dificultades y limitaciones existentes para el acceso a este tipo de información.

- Medidas para facilitar la sostenibilidad de las actuaciones y su integración en la dinámica del centro. Posibilidades de extensión y replicabilidad de las iniciativas en otros centros. En cuanto a la sostenibilidad de las actuaciones y su integridad en la dinámica del centro cabe indicar que se trata de una actividad centrada en el CENTRO DE REFERENCIA COMARCAL DE MONTALBAN, cuyo area de influencia escolar afecta a varios municipios de la Comarca Cuencas Mineras, que además forman parte del área de influencia sanitaria del CENTRO DE SALUD DE UTRILLAS como son Montalbán, Vivel del Río, Fuenferrada, Villanueva del Rebollar, o La Hoz de la Vieja, entre otros. El éxito de este proyecto se sustenta, fundamentalmente, en el compromiso personal del personal sanitario del consultorio médico local, que además de su constancia en el desarrollo del proyecto han conseguido la complicidad del resto de personas y cargos necesarios para llevarlo a cabo, como son el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1171

1. TÍTULO

SUPERVISION Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUAL-COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

personal de cocina, al que se le facilita su trabajo, y el personal del equipo directivo, convencido de la utilidad de este proyecto para completar la educación de los alumnos del centro

7. OBSERVACIONES.

V.-Otras observaciones y sugerencias de utilidad sobre la evaluación del proyecto.
Se ha constatado la gran aceptación de este tipo de proyectos en la población, y particularmente en las familias a las que afecta, es decir, aquellas de las que forma parte el alumnado usuario del servicio de COMEDOR ESCOLAR, cuyo éxito de implantación ya está garantizado, como lo demuestra la permanencia de este proyecto en varios cursos escolares ininterrumpidamente; asimismo, se puede tener en consideración la posibilidad de indicar consejos nutricionales a las familias de los alumnos para que sigan unas determinadas pautas en la alimentación de los alumnos cuando realizan las comidas fuera del centro escolar, por ejemplo, sugerencias alimentarias para ayudar a preparar de forma saludable los desayunos, las meriendas y las cenas.

Por otro lado, y dada la proyección que puede tener en la alimentación de los alumnos que NO SON USUARIOS del servicio del servicio de comedor, pudiera resultar útil facilitar la información nutricional de los menús escolares también a las familias de estos alumnos no usuarios, para que, de estimarlo oportuno, pudieran seguirlos en la alimentación de sus respectivos hogares.

VI.-Autovaloración del trabajo realizado.

- Principales conclusiones y recomendaciones para la realización de la evaluación y la redacción de la memoria del proyecto de atención comunitaria.
Se concluye que desde el inicio de este proyecto y la redacción de la presente memoria se ha constatado el alcance de los objetivos previstos, que ya estaban implantados prácticamente durante el desarrollo del mismo en los dos cursos anteriores (2014-2015 y 2015-2016), manteniéndose por tanto el éxito del proyecto y fortaleciéndose por la implicación de todas las personas indicadas como responsables y colaboradores, así como la positiva valoración que del mismo hace toda la COMUNIDAD EDUCATIVA del centro. .

- Nuevas necesidades identificadas de formación sobre la metodología de evaluación.

Durante las reuniones conjuntas entre el personal sanitario supervisor y el equipo directivo del centro escolar así como el personal interno de cocina se ha insistido en mantener este proyecto en el formato actual, si bien, dada la constancia de sus extraordinarios resultados, poder hacerlo extensivo a los ALUMNOS NO USUARIOS DEL SERVICIO DE COMEDOR, como se ha expuesto, para que puedan seguir pautas y recomendaciones nutricionales en sus domicilios, así como hacer extensiva la propuesta de sugerencias a los alumnos USUARIOS del mismo para que mantengan los criterios nutricionales indicados en los menús escolares también en el resto de comidas que hacen fuera del centro escolar.

Respecto de la evaluación del sistema, se ha considerado la posibilidad de hacer encuestas de valoración a todas las familias de los alumnos del centro escolar en el sentido indicado, tanto usuarios como no usuarios, para que valoren este tipo de proyectos, y sugieran medidas que puedan mejorarlo, en su caso.

En Montalbán, a 31 de diciembre de 2017

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1171 ===== ***

Nº de registro: 1171

Título
SUPERVISION HUMANA Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR, Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUALCOLEGIO COMARCA CUENCAS MINERAS DE MONTALBAN

Autores:
CORTES PEREZ FRANCISCO, MONZON GRACIA ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1171

1. TÍTULO

SUPERVISION Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUAL-COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En cumplimiento de la guía de comedores escolares de Aragón, por acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, de 29/06/2005 sobre servicio de comidas en centros docentes, se recogen las recomendaciones para que se fomenten y promocionen hábitos saludables, en los comedores escolares, y particularmente en el apartado 6 pto 1, de dicha guía, siendo que el colegio de Montalbán, tiene personal propio de cocina, necesitaba la supervisión de los menús elaborados por un profesional con formación acreditada en nutrición humana y dietética.

RESULTADOS ESPERADOS

Se dirige a los escolares en la etapa de mayor crecimiento y desarrollo, desde los 3 años a los 14 años, Se persiguen dar cumplimiento a las recomendaciones sobre fomento y promoción de hábitos saludables, y la contribución a la prevención de algunos problemas de salud relacionados con la nutrición. Se ofrece la colaboración del personal sanitario destinado en el centro de salud- Consultorio Local para completar y supervisar la elaboración del menú escolar que se aplica y se entrega a las familias

MÉTODO

Previamente, al inicio del curso, se realiza una reunión conjunta entre el personal sanitario supervisor, el personal de cocina, y la dirección del centro para consensuar y establecer los criterios de elaboración del menú escolar.

El personal interno de cocina propone un menú, a la dirección del centro, que lo hace llegar al personal sanitario, del consultorio local via electrónica. para su supervisión y certificación conforme a los criterios dietéticos establecidos.

Una vez al mes, se realiza este proceso, durante el curso escolar.

INDICADORES

Fomentar y promocionar hábitos saludables en la alimentación del alumnado en relación a su nutrición. Favorecer la salud de los escolares en la etapa de mayor crecimiento y desarrollo tanto físico como intelectual. Contribuir a la Prevención de algunos problemas de salud relacionado con la nutrición (obesidad, dislipemia...). Disminuir el porcentaje de alumnado, con edades comprendidas entre los 3 y 14 años, de obesidad, a través del programa de revisión del niño sano

DURACIÓN

Durante todo el curso escolar :

Desde el mes de septiembre de 2016 hasta el mes de junio de 2017. ambos incluidos.

Se ha estado desarrollando este programa durante los cursos 2014-2015. y 2015-2016 con la misma sistemática.

OBSERVACIONES

Se duda en cómo concretar los datos relativos a los indicadores y objetivos de valoración de este proyecto.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1174

1. TÍTULO

TALLER SOBRE EL CORRECTO MANEJO DE LOS INHALADORES

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE LAIA HOMEDES CELMA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ LOPEZ WENCESLAO
MAÑAS BERNAD ANA
MONTON ESCOLANO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Seleccionar los inhaladores que disponemos en el mercado para el tratamiento del ASMA/EPOC (disponemos de placebos para su utilización en los talleres)
- Dividir los talleres en 4 sesiones para que puedan asistir de los diferentes pueblos que pertenecen al CS Utrillas.
- Obtener los listados de los pacientes EPOC/ASMA de cada cupo pertenecientes al CS Utrillas
- Se realizaron carteles informativos con la actividad para informar a la población de la realización de estos talleres destinados a pacientes EPOC/ASMA
- Se entregó a cada uno de los asistentes una hoja con información gráfica de cada uno de los inhaladores que emplean a diario.
- También se entregó a los compañeros información gráfica de los diferentes inhaladores que disponemos para que lo puedan entregar a sus pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Observamos que los pacientes no manejan de forma correcta los inhaladores prescritos, viendo necesario el realizar talleres y/o revisar el manejo en las consultas de forma frecuente.

- Impacto del proyecto:
 1. observar y comprobar de primera mano el manejo de nuestros pacientes con los inhaladores
 2. Resolver dudas sobre la utilización de los dispositivos
- Indicador:
 1. Inhalador de placebo (ver como lo maneja y como se toma la medicación)
 2. Mejora en el diagnóstico de EPOC y ASMA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Conclusiones:
 1. Hemos comprobado la necesidad de revisar, conjuntamente con el paciente, el manejo de los inhaladores.
 2. La mayoría de pacientes no emplean bien los inhaladores prescritos.
 3. La mayoría de los pacientes desconocía que es necesario enjuagarse la boca después de cada uso del inhalador.
 4. La mayoría de los pacientes desconocía la necesidad de limpiar el inhalador y la cámara de forma periódica.
 5. Los pacientes desconocen los diferentes tipos de inhaladores.

Recomendaciones:

1. Consideramos necesario revisar el manejo de cada uno de los inhaladores en las consultas de forma periódica, siendo el paciente quien nos enseña como lo realiza.
2. Se recomienda realizar algún taller de inhaladores para nuestros pacientes.
3. Se recomienda entregar información escrita al paciente de cada uno de los inhaladores prescritos.
4. Si un paciente con tratamiento broncodilatador se descompensa de forma frecuente, pensar que una posibilidad es que no utilice bien el inhalador.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1174 ===== ***

Nº de registro: 1174

Título
TALLER SOBRE EL CORRECTO MANEJO DE INHALADORES

Autores:
HOMEDES CELMA LAIA, GOMEZ LOPEZ WENCESLAO, MAÑAS BERNAD ANA, MONTON ESCOLANO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1174

1. TÍTULO

TALLER SOBRE EL CORRECTO MANEJO DE LOS INHALADORES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Constatación diaria del mal manejo de los inhaladores en pacientes EPOC y ASMA

RESULTADOS ESPERADOS
La correcta utilización por parte del paciente de los inhaladores prescritos

MÉTODO
- Ofertar a la población un taller de formación en el manejo de los inhaladores.
- Taller constará entre dos y diez pacientes.
- Número de talleres dependerá de las necesidades para la total cobertura

INDICADORES
Evaluar el correcto manejo de los inhaladores en nuestros pacientes.

DURACIÓN
- Duración 1 hora por taller.
- Responsables: Wenceslao Gomez, Ana Mañas, M. Angeles Monton y Laia Homedes

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1181

1. TÍTULO

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ANA ISABEL MONZON GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GARCIA FERNANDO
IRISARRI IBAÑEZ CARLOS FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

SE HAN EMITIDO DURANTE ESTE AÑO 2017 UN TOTAL DE 15 PROGRAMAS (DURANTE LOS MESES DE ENERO A JUNIO Y DE OCTUBRE A DICIEMBRE), SOBRE LOS SIGUIENTES TEMAS.-

.-PROGRAMA N° 1/2017.-

Fecha:Miercoles, 18 de enero de 2017.-- 18:00-19:00.- Jueves, 19 de enero de 2017- 10:00-11:00
¿GRIPE O RESFRIADO?.-COMO DISTINGUIRLOS.-LA EPIDEMIA DE GRIPE EN ARAGÓN

.-PROGRAMA N°2/2017.-

Fecha:Miercoles, 1 de febrero de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 2 de febrero de 2017- 10:00-11:00
"LA HIGIENE BUCODENTAL Y LA SALUDA..IMPORTANCIA DE SU CUIDADO, CONSEJOS PREVENTIVOS, TRATAMIENTOS, PATOLOGÍAS..OTROS ASPECTOS.-"LOS ANTIINFLAMATORIOS

.-PROGRAMA N°3/2017.-

Fecha:Miercoles, 15 de febrero de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 16 de febrero de 2017- 10:00-11:00
USO Y ABUSO. HÁBITOS Y COSTUMBRES.- CONSEJOS DE EDUCACIÓN SANITARIA PARA EVITAR LOS EFECTOS DE SU MAL USO.-OTROS ASPECTOS

.-PROGRAMA N°4/2017.-

Fecha:Miercoles, 1 de marzo de 2017.-- 18:00-19:00. Jueves, 2 de marzo de 2017- 10:00-11:00
"EL CANCER DE COLÓN...PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO PRECOZ.- LA ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON ESTA PATOLOGÍA

.-PROGRAMA N°5/2017.-:

Fecha:Miercoles, 15 de marzo de 2017.-- 18:00-19:00.- Jueves, 16 de marzo de 2017- 10:00-11:00
"LAS INTOLERANCIAS Y ALERGIAS ALIMENTARIAS.DIFERENCIAS, CONSEJOS, TRATAMIENTOS, ETC..."-.

.-PROGRAMA N°6/2017.-

Fecha:Miercoles, 29 de marzo de 2017.-- 18:00-19:00.- Jueves, 30 de marzo de 2017- 10:00-11:00
"PATOLOGIAS DEL CORAZÓN: ARRITMIAS, ANGINAS DE PECHO E INFARTOS" .- DIFERENCIAS, SÍNTOMAS, ATENCIÓN, PREVENCIÓN, TRATAMIENTOS

.-PROGRAMA N°7/2017.-:

Fecha: Miercoles, 12 de abril de 2017.-- 18:00-19:00. Jueves, 13 de abril de 2017- 10:00-11:00
LA NUEVA PIRÁMIDE ALIMENTARIA O NUTRICIONAL.- NOVEDADES" .- LA IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN; ALGUNAS CUESTIONES SOBRE ADIMENTOS PERJUDICIALES

.-PROGRAMA N°8/2017.-

Fecha:Miercoles, 26 de abril de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 27 de abril de 2017- 10:00-11:00
LAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS EN GENERAL.-"LA FIBROMIALGIA.LA ENFERMEDAD SILENCIOSA. PREVENCIÓN,SÍNTOMAS, TRATAMIENTO,

.-PROGRAMA N°9/2017.-

Fecha:Miercoles, 24 de mayo de 2017.-- 18:00-19:00.- Jueves, 25 de mayo de 2017- 10:00-11:00
LA NUTRICIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA, RELACIÓN, CONSEJOS, HÁBITOS, ETC..

.-PROGRAMA N°10/2017.-

Fecha: Miercoles, 7 de junio de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 8 de junio de 2017- 10:00-11:00
LA PROTECCIÓN SOLAR.HÁBITOS SALUDABLES.- CONSEJOS DE USO Y PREVENCIÓN, PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA PIEL Y LA EXPOSICIÓN SOLAR, SÍNTOMAS, TRATAMIENTOS, ETC...

.-PROGRAMA N°11/2017.-

Fecha: Miercoles, 21 de junio de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 22 de junio de 2017- 10:00-11:00
BUENOS HÁBITOS PARA AFRONTAR EL VERANO.-PRECAUCIÓN CON EL AGUA Y EL SOL, PAUTAS PARA EL ESTUDIO Y LAS VACUNAS NECESARIAS PARA VIAJES INTERNACIONALES PARA LOS NIÑOS EL VERANO Y LOS MOSQUITOS.-PREVENCIÓN, CONSEJOS DE USO Y PREVENCIÓN, PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LAS PICADURAS .-VIAJES A OTROS PAÍSES, CONSEJOS PARA EVITAR PROBLEMAS..-

.-PROGRAMA N°12/2017.-

Fecha: Miercoles, 25 octubre de 2017.-- 18:00-19:00.- Jueves,26 octubre de 2017- 10:00-11:00
.-LA ALIMENTACION SALUDABLE Y LA OBESIDAD EN LOS NIÑOS.- PROYECTOS SOBRE SALUD EN LAS ESCUELAS: LOS DESAYUNOS SALUDABLES.-LOS HUERTOS ESCOLARES

PROGRAMA N°13/2017.-

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1181

1. TÍTULO

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

Fecha: Miércoles, 8 de noviembre de 2017.-- 18:00-19:00. Jueves, 9 de noviembre de 2017- 10:00-11:00
.-LA GRIPE, DIFERENCIAS CON EL RESFRIADO Y OTROS SÍNTOMAS DEL OTOÑO-INVIERNO
LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN, GRUPOS DE RIESGO, RECOMENDACIONES

.-PROGRAMA N°14/2017.-

Fecha: Miércoles, 22 de noviembre de 2017.-- 18:00-19:00. Jueves, 23 de de 2017- 10:00-11:00
.-LA CARDIOPROTECCION.EL INFARTO DE MIOCARDIO.- DIFERENCIAS CON OTRAS PATOLOGÍAS DEL CORAZÓN.--LAS MEDIDAS DE CARDIOPROTECCIÓN .- LOS DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS DE USO PÚBLICO Y LA FORMACIÓN.- INSTALACIÓN Y FORMACIÓN EN MONTALBÁN.-

.-PROGRAMA N°15/2017.-

Fecha: Miércoles, 20 de diciembre de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 21 de diciembre de 2017- 10:00-11:00
.-LA NAVIDAD Y LA SALUD.--CONSEJOS DE SALUD.--LA ALIMENTACIÓN.--EL ALCOHOL.--EL ESTRÉS Y LAS RELACIONES FAMILIARES

- En cuanto a las actividades de organización : Como se ha expuesto, se han realizado reuniones en la semana previa a cada programa entre los componentes del equipo, para seleccionar cada uno de los temas a tratar y distribuir los contenidos; posteriormente cada componente realiza su tarea individualmente para buscar información relacionada con el tema elegido,

- (de comunicación (difusión a profesionales del centro, otros centros y a los grupos y población destinataria, etc.): La semana previa a cada programa se emiten cuñas de voz a través de la emisora local anunciando la emisión del programa de RADIO SALUD, y asimismo, al finalizar el programa correspondiente se anuncia el contenido del próximo programa en las ocasiones en que el tema o temas a tratar ya ha sido seleccionado. Asimismo, se ofrece dicha información a través de la oficina de farmacia y del consultorio médico local directamente a los usuarios de dichos servicios.

- de evaluación (metodología para obtener la información y su valoración).La información que va a servir para el contenido del programa tanto a través de páginas webs, principalmente aquéllas páginas que ofrecen información pública e institucional, como por ejemplo OMS, Ministerio de Sanidad, Departamento de Salud del Gobierno de Aragón, así como guías prácticas e información pública que llega a los consultorios médicos locales a través de organismos oficiales, y a oficinas de farmacia. El acceso a la información necesaria es ágil por cuanto se cuenta con suficientes medios técnicos para ello.

- Especificar los materiales elaborados y utilizados (guías y materiales para profesionales, recursos para pacientes y población destinataria, etc.). Se confecciona un guión de cada tema a tratar, en el que se incluyen los documentos a utilizar, así como, en su caso, los enlaces a la información a través de internet, de cuya confección se encarga el responsable de la asociación cultural "radio montalbán" para así poder componer el programa y emitirlo desde la sede de la emisora local, donde existen aparatos tecnológicos para una correcta emisión y colocación en la página web a través de los programas informáticos instalados por el Ayuntamiento de Montalbán en dicha emisora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

III.-Objetivos y resultados alcanzados.

- Valoración del grado de consecución de los objetivos específicos del proyecto. Se ha constatado a través de los usuarios de la oficina de farmacia, así como del consultorio médico local de Montalbán, y de las encuestas telefónicas realizadas por la Asociación Cultural de Montalbán, la excelente acogida que la población de la localidad ha manifestado respecto de estos programas de Radio Salud, indicando la fácil comprensión del lenguaje que se utiliza por los colaboradores del programa, así como por la forma en que se tratan los temas de los contenidos de los programas;

- Coherencia de lo realizado con el objetivo general del proyecto. El objetivo general del proyecto es hacer llegar la información y educación pública sanitarias a cuanta mayor población mejor, a través de un medio de comunicación rápido y cómodo como es la radio, teniendo en cuenta además las numerosas opciones que se ofrecen a la población para escuchar los programas, no solo a través de su propio aparato de radio, sino que los comercios y establecimientos públicos de la localidad emiten los programas de la radio local en sus horarios comerciales, y además se puede acceder a ellos a través de la página web de la asociación en cualquier momento y desde cualquier lugar.

- Descripción de los principales resultados alcanzados e impacto del proyecto. Los principales resultados que se obtenido se han mostrado a través del conocimiento personal de los radio oyentes cuanto han acudido a la consulta médica o a la oficina de farmacia indicando que algunas cuestiones ya las había escuchado por la radio en el programa de salud; por ejemplo, se había enterado del inicio de la campaña de vacunación, o había conocido la instalación de aparatos desfibriladores en la localidad.

Indicadores cuantitativos y cualitativos seleccionados y su relación con los objetivos. Por lo tanto, el grado de sensibilización y las expectativas generadas con estos programas comunitarios a través de la emisora de radio local y su página web han aumentado progresivamente a lo largo de la temporada, mejorando los resultados de este proyecto, al ser conocido por un mayor número de vecinos de la localidad; asimismo, la propia Asociación Cultural ha constatado la emisión de comentarios "on line" a través de su página web.

La cuantificación de la audiencia de estos programas de Radio Salud se ha determinado, como se ha expuesto, a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1181

1. TÍTULO

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

través de la comunicación personal del propio interesado al utilizar los servicios públicos de salud y de farmacia de la localidad, así como directamente a la propia Asociación Cultural a través de medios telefónicos y telemáticos.

Comparación de los cambios entre la situación previa (antes del desarrollo del proyecto) y final (en el momento de hacer la memoria).

La cualificación de la información sanitaria que han recibido los vecinos de Montalbán durante este año 2017 a través de los programas de Radio Salud ha aumentado considerablemente respecto de la situación existente antes de la emisión de dichos programas, por cuanto al tratarse de una información sanitaria general se ha podido ofrecer un amplio abanico de cuestiones relacionadas con temas cotidianos de la salud de todas las etapas de una persona. Esta información era difícil de ofrecer antes de la emisión de estos programas de radio ya que la información que se ofrecía al interesado se centraba en el aspecto personal cuando éste acudía a la consulta médica ante cualquier problema;

Particularmente cabe destacar el aumento de información relacionado con el aspecto de la prevención y consejos de cuidados para mantener una vida saludable.

- Grado de implicación y participación de los grupos y población destinataria en el desarrollo del proyecto. También la participación de los participantes en la evaluación del proyecto. Tanto por parte de los radioyentes, como aquellas personas que visitan la página web de la asociación se ha mostrado un alto grado de implicación y participación a través de conversaciones personales, de mensajes telefónicos y de comentarios en la página web de la Asociación, destacando asimismo la gran complicidad existente entre los componentes del equipo del programa, y la excelente relación con la Asociación Cultural "Radio Montalbán", que ha mostrado su satisfacción con la emisión de los programas y su compromiso para mantener este tipo de oferta en su programación anual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

IV.-Lecciones aprendidas.

- Recomendaciones para asegurar el afrontamiento de las dificultades y la flexibilidad del proyecto. Valoración de la viabilidad y factibilidad del proyecto. Tanto desde la Asociación Cultural "Radio Montalbán" como desde el compromiso personal de los componentes del equipo del programa se mantiene la confianza inicial de que este tipo de proyectos no solo son necesarios, si no que se estima que son imprescindibles para una completa educación sanitaria, particularmente en el medio rural, por las dificultades y limitaciones existentes para el acceso a este tipo de información.

- Medidas para facilitar la sostenibilidad de las actuaciones y su integración en la dinámica del centro. Posibilidades de extensión y replicabilidad de las iniciativas en otros centros. En cuanto a la emisión del programa a través de la radio se encuentra limitado su radio de acción a la propia localidad, no obstante no hay limitación para su difusión a través de la página web de la Asociación Cultural Radio Montalbán, siendo comentado este aspecto en las reuniones del equipo del CS de Utrillas a través de sus coordinadores y responsable de calidad, así como su explicación en otros ámbitos como reuniones y talleres relacionados con los proyectos comunitarios y gestión de calidad de los centros sanitarios, siendo extraordinaria su acogida y valoración por parte de todos ellos.

V.-Autovaloración del trabajo realizado.

- Principales conclusiones y recomendaciones para la realización de la evaluación y la redacción de la memoria del proyecto de atención comunitaria. Se concluye que desde el inicio de este proyecto y la redacción de la presente memoria se ha constatado el alcance de los objetivos previstos, particularmente el del acceso de interesante y útil información sobre salud a todas las capas de la sociedad, no solo residente en la localidad, sino también a través del enorme potencial difusor que supone el acceso a sus contenidos a través de internet.

- Nuevas necesidades identificadas de formación sobre la metodología de evaluación.

En contacto permanente con la Asociación Cultural "Radio Montalbán" se ha indicado la posibilidad de hacer cuestionarios entre toda la población de la localidad, así como a través de un blog creado en la página web de la asociación para recabar valoración y propuestas de contenidos que interesen a la población, así como para determinar más concretamente los índices de audiencia de estos programas, además del resto de la programación de la emisora, y asimismo se ha propuesto la posibilidad de lanzar los contenidos del programa de Radio Salud a través de las redes sociales para una mayor difusión.

Asimismo, se pretende mantener el formato del proyecto dado el gran éxito alcanzado, y asimismo intentar ser presentado en otros foros de mayor difusión aprovechando la concurrencia a talleres y reuniones técnicas de los propios proyectos comunitarios y de la gestión de calidad de los centros sanitarios.

En Montalbán, a 31 de diciembre de 2017

ANEXOS:

ENLACE A LA PÁGINA WEB DE LA ASOCIACIÓN CULTURAL "RADIO MONTALBÁN"
<http://www.radiomontalban.com/parrilla.html>
RADIO MONTALBÁN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1181

1. TÍTULO

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

tu radio, más cerca.

- PARRILLA 2017/18

Miércoles alternos de 6 a 7

RADIO SALUD

Programa de Radio Montalbán dedicado a la salud. Anabel Monzón y Fernando Martínez intentan que los temas de salud no se hagan aburridos, sin necesidad de frivolar. Pensamos que se puede mantener un buen nivel de información y a la vez resultar amenos, escúchanos los miércoles alternos para comprobar si lo hemos conseguido.

Escucha la última edición: RADIO SALUD

<http://www.radiomontalban.com/x4.html>

O descárgalo en tu móvil

7. OBSERVACIONES.

VI.-Otras observaciones y sugerencias de utilidad sobre la evaluación del proyecto.

Se ha constatado la gran aceptación de este tipo de proyectos en la población, y particularmente en la población rural, por su facilidad de acceso y alto interés en su contenido, así como por la fácil comprensión de la información ofrecida y del conocimiento personal de las personas encargadas del proyecto, lo que permite que los contenidos lleguen con mayor facilidad a la población a la que van destinados especialmente dentro de la propia población de Montalbán.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1181 ===== ***

Nº de registro: 1181

Título

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

Autores:

MONZON GRACIA ANA ISABEL, MARTINEZ GARCIA FERNANDO, IRISARRI IBAÑEZ CARLOS FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Todas las incluidas y las demandadas por la población

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Educación de Salud para la comunidad a través de un medio de comunicación directo como la radio.

Importancia de ofrecer información práctica sobre cuestiones relacionadas con la salud, tanto desde el punto de vista de la Atención Primaria como del ámbito farmacéutico.

Se mejor así la información facilitada a la población utilizando un lenguaje claro y sencillo.

RESULTADOS ESPERADOS

Ofrecer información útil para la población relativa a cuestiones básicas de salud, tratando aspectos como guías prácticas de prevención y cuidados, así como de tratamientos médicos y farmacológicos.

MÉTODO

Seleccionar el tema a tratar en el programa, con el equipo formado por un representante de la emisora de Radio Montalbán, un farmacéutico de la zona y la enfermera de la consulta médica de Montalbán.

Confección de un guión y seleccionar la información a ofrecer en el programa.

Grabación del programa y emisión a través de la emisora local a través de la Radio (107.5 FM), así como de la página web "radiomontalban.com"

INDICADORES

Se intenta que los indicadores sobre información a la comunidad alcance a la mayor población posible, a través de este medio de comunicación, se alcanza a un amplio volumen de población, ofreciendo información básica sobre educación para la salud, incluyendo prevención y promoción de la misma.

Se acerca el modo de información sobre salud a toda la población, particularmente a aquellas personas que no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1181

1. TÍTULO

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

suelen acudir personalmente a la consulta, manteniendoles informadas, incluso sobre actividades que se ofrecen como campañas de vacunación, cribado ccr, detección del tabaquismo, obesidad, riesgo cardiovascular, etc..

DURACIÓN

Programa quincenal, emitido los miércoles de 18:00 a 19:00 y los jueves de 10:00 a 11:00 horas.-
Se inicia la programación en el mes de octubre de 2016 y se finaliza en el mes de junio de 2017.
Se ha realizado esta actividad desde hace dos años, durante la temporada anterior 2015-2016

OBSERVACIONES

Se duda en como concretar los datos relativos a los indicadores y objetivos de valoración de este proyecto en relación al Contrato de Gestión

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1186

1. TÍTULO

CONTROL DEL GASTO DE TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES (DMNID)

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES LAZARO BELLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SIMHAMMED ZEIN DAHA
CALVO ABANTO ANA
NAVARRO ANGELA
GOMEZ RAMO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Educación sanitaria individual y continua en las consultas de enfermería y reuniones periódicas del personal de enfermería para ver el desarrollo del proyecto e intercambiar opiniones (última reunión de fecha 18/09/2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVO: Disminuir el gasto de tiras reactivas, solo siendo necesario el consumo de tiras en pacientes no insulino-dependientes que el endocrino o médico correspondiente lo considere necesario por su estado de salud

RECURSOS UTILIZADOS: Hoja de control de consumo mensual de tiras, donde figura el nombre y apellidos del paciente, diagnóstico, tipo de tiras y número de Seguridad Social para comparación anual del consumo de tiras.

RESULTADOS ALCANZADOS: Ligera disminución del consumo de tiras en alguno de los cupos del centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIÓN:

Nos está siendo algo complicado llevar a cabo este proyecto debido a dos factores, principalmente.-
Primero.-El gran número de pacientes a los que se les dio GLUCOMETER, que se les debe retirar y explicar que las determinaciones de glucosa se las deben realizar en consulta de ENFERMERÍA y no en su domicilio.
Segundo.-La presencia de la Residencia de Martín del Río donde hay un alto número de pacientes con DM

RECOMENDACIONES:

Desde el punto de vista de los componentes del proyecto para un mejor control del gasto y uso con la consecuente disminución del consumo de tiras consideramos que debería ser incluido en la receta electrónica o similar para evitar ser dado a demanda del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1186 ===== ***

Nº de registro: 1186

Título
CONTROL DEL GASTO DE LAS TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES (DMNID)

Autores:
LAZARO BELLA MERCEDES, NAVARRO ALBA ANGELA, CALVO ABANTO ANA, ZEIN CHEJ SIDAHMED

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1186

1. TÍTULO

CONTROL DEL GASTO DE TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES (DMNID)

PROBLEMA
Se ha detectado la posesión y con ello el gasto de tiras reactivas innecesario en pacientes DMNID bien controlados con antidiabéticos orales (ADO) y que acuden a controles periódicos de enfermería.

Mucho de ellos fueron dados en la primera consulta de endocrino cuando se les diagnosticó su diabetes y continuando con el mismo gasto de tiras una vez controlada su enfermedad con su tratamiento ADO.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminución del consumo de tiras reactivas en pacientes tratados con ADO y que tiene un buen control de su diabetes.

MÉTODO
Educación sanitaria individual en consulta de enfermería a pacientes que el equipo médico no considere necesario mayores controles de los que se realiza en consulta.

Educación sanitaria si el paciente acude solicitando tiras en horario de atención continuada.

INDICADORES
Registrar el número de tiras tanto en OMI como en hoja registro de farmacia, para llevar un mayor control de su uso.

Gasto del número de tiras por parte del equipo médico de Utrillas en el año 2017.

DURACIÓN
Educación a los pacientes durante el año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1212

1. TÍTULO

LA SALUD A TRAVES DE LA HIGIENE PERSONAL

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE AMPARO VALENZUELA FOVED

· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MINGUILLON SANZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan reuniones con equipo directivo de colegios de Utrillas y Montalbán en el 1º trimestre.

Nos reunimos los integrantes del equipo una vez al mes para preparación y puesta en común de actividades a realizar.

Se envía carta informativa a los padres sobre actividades a realizar.

Preparación de reuniones con profesores.

Preparación de talleres para realizar por grupos de edad y niveles: edades comprendidas desde los niños de 3 años infantil, primaria y secundaria hasta 2º de ESO.

Preparación de taller para padres.

Confeccionar un power-point sobre lavado de manos, lavado de dientes, pediculosis y parasitos intestinales

Preparar actividades prácticas sobre lavado de manos para realizar con los niños y con los padres.

Los profesores realizarán también actividades en el aula con fichas de motivación de lavado de dientes.

También los profesores realizan tras el taller ejercicios de lavados de manos en los baños del colegio.

Los padres realizarán actividades prácticas con sus hijos como poner en práctica lo aprendido en los talleres sobre lavado de manos, lavado de dientes y una vez a la semana observación directa del pelo para prevención de pediculosis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La implicación de los profesores es muy buena,

Los profesores colaboran y nos facilitan aulas para la realización de los talleres y se implican en poner en práctica lo expuesto.

La implicación de los padres es aceptable aunque acuden pocos padres a los talleres, se les facilita a todos unas fichas e información para poner en práctica lo expuesto en las aulas.

INDICADORES

Favorecer la salud de los niños en edad escolar

Adquirir hábitos saludables.

Contribuir a la prevención de parasitaciones y enfermedades transmitidas por falta de higiene.

Disminuir o evitar la aparición de caries.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se aprecia interés en la población sobre la higiene personal.

Los niños colaboran mucho y realizan los talleres con interés y entusiasmo, lo pondrán en práctica también en domicilio.

Los padres se involucran en aprender y están dispuestos a continuar con la adquisición de hábitos de higiene en los hijos.

Los profesores se manifiestan dispuestos a trabajar la higiene en los contenidos del currículo escolar.

Realizamos encuestas de satisfacción a los niños de secundaria y padres de infantil y primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1212 ===== ***

Nº de registro: 1212

Título
LA SALUD A TRAVES DE LA HIGIENE PERSONAL

Autores:
VALENZUELA FOVED AMPARO, MINGUILLON SANZ ISABEL, MONZON GRACIA ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1212

1. TÍTULO

LA SALUD A TRAVES DE LA HIGIENE PERSONAL

Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .: :
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Necesidad de crear hábitos de higiene buco-dental.
Prevención de parasitosis.
Correcta higiene de manos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar cuidados higiénicos
Crear hábitos saludables.
Prevenir enfermedades.

MÉTODO
Charlas en colegios con padres y niños.
Repartir tripticos e información a la población.

INDICADORES
Protocolos de actuación y educación en consulta médica y de enfermería.

DURACIÓN
Inicio 27-4-2017 y fin el 24-12-2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0534

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Fecha de entrada: 10/12/2018

2. RESPONSABLE ANNA IRENA BIDZINSKA BIDZINSKA
· Profesión MATRONA
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALENZUELA FOVED AMPARO
MIGUILLON SANZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2-10 personas. En ellos además de talleres prácticos también información teórica sobre: la composición de la leche materna, beneficios para la madre y el bebé, contraindicaciones y falsas contraindicaciones.
Creación de una consulta individual de apoyo y ayuda en LM: observar y valorar una toma al pecho e identificar problemas, si los hubiera. La mujer puede acudir cada día (de lunes a viernes) a las 13.30h a la consulta de la matrona sin pedir cita previa.
Realización de talleres de lactancia materna el lunes 11.45-12.30: practicamos las técnicas de extracción de la leche, masaje de pecho, posiciones correctas, vaciado eficaz de las mamas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todas las mamás que realizar lactancia materna lo hacen a demanda.
Grupo de apoyo de otras mamás voluntarias con experiencia (4 mujeres) que pueden ayudar por las tardes.
Cuatro grupos de Educación Materna con total 19 participantes.
De las 44 puérperas, 35 han iniciado la Lactancia Materna, 4 han cambiado de domicilio y 5 han iniciado Lactancia Artificial
Más de 75% de las mujeres han iniciado la Lactancia Materna
No se puede especificar el número de mujeres con lactancia prolongada por el tiempo limitado.
Aumentado el número de madres donantes de la LM, 4 mujeres en año 2018
Menor uso de chupete.
Control de peso con la colaboración de Consulta de Pediatría C.S Utrillas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena colaboración de todo el equipo, las mujeres con problemas de LM derivadas a mi consulta, consultas telefónicas en caso de dudas.
Queda pendiente la valoración de objetivos: nº LM exclusiva hasta los 6 meses y nº de lactancia prolongadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/534 ===== ***

Nº de registro: 0534

Título
PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Autores:
BIDZINSKA BIDZINSKA ANNA IRENA, VALENZUELA FOVED AMPARO, MINGUILLON SANZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0534

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- .-Mejora la educación a las madres y padres sobre lactancia materna
- .-Favorece los conocimientos, aptitudes y prácticas sobre la lactancia materna en los niños menores de 1 año
- .-Garantiza una alimentación saludable que mejora la calidad de vida del niño
- .-Los beneficios de la lactancia materna para la madre

RESULTADOS ESPERADOS

- .-Conseguir mejorar los resultados de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y la complementaria hasta los 2 años
- .-Fomentar la participación de las madres lactantes que acuden a la consulta
- .-Fomentar la donación de la leche materna
- .-Incluir a la familia en las actividades de educación y apoyo
- .-Evitar el destete precoz

MÉTODO

- .-Apoyo a la lactancia materna pre y postnatal
- .-Recomendar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses
- .-Recomendar lactancia prolongada hasta los 2 años con alimentación complementaria
- .-Recomendar el amamantamiento a demanda
- .-Enseñar las posiciones correctas, vaciado eficaz de las mamas
- .-Enseñar las técnicas de extracción y almacenamiento de la leche

INDICADORES

- .-Valorar en la consulta el éxito de las madres lactantes y la continuidad en la lactancia durante, al menos, el periodo indicado como recomendado.
- .-Aumentar considerablemente las madres lactantes que sean donantes de leche materna, contabilizando al final de cada periodo anual este registro

DURACIÓN

- .-Clases de preparación al parto (viernes, 10,30-12,30)
- .-Talleres de lactancia materna (lunes, 11,45-12,30)
- .-Consulta individual de apoyo y ayuda en lactancia materna (lunes, martes, jueves y viernes, a las 13,30)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1157

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ANA ISABEL MONZON GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORTIZ DOMINGUEZ LAURA
MARTINEZ RUIPEREZ ELENA
GARCIA EZPELETA FRANCISCO EMILIO
SANCHEZ BOIX CARLOS AGUSTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.-DURACIÓN: Se basa en el grado de atención que se pueda obtener de los alumnos, determinando en este primer curso el desarrollo de TRES SESIONES, de unas 2 horas para 1º y 2º ESO, y de 1 hora de duración para EDUCACIÓN PRIMARIA y de 30 minutos para E.INFANTIL, para ofrecer talleres prácticos de FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS Y MANIOBRAS DE RCP, así como otras DOS SESIONES dirigidas al profesorado de unas 2 horas de duración cada una de ellas, para que así puedan implicarse en la impartición de los próximos talleres 2.-CALENDARIO PREVISTO:Se ofrecerán talleres en los siguientes cursos con el compromiso por parte de la dirección del centro escolar de ser incluidos en la PROGRAMACIÓN GENERAL DEL CENTRO ESCOLAR que es aprobada al inicio de cada curso escolar por el consejo escolar. 3.-IMPLANTACIÓN EN EL ANTERIOR CURSO ESCOLAR 2017-2018. Se han impartido los talleres durante los días jueves de todo el mes de mayo de 2018.Asimismo, este tipo de talleres ha sido incluido como actividad curricular en la PROGRAMACIÓN GENERAL ANUAL correspondiente al Curso 2018-2019.-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Valoración del grado de consecución de los objetivos específicos del proyecto. .-Se valora positivamente la realización de este proyecto, habiendo sido incluido en la PROGRAMACIÓN GENERAL ANUAL del centro para el siguiente curso y sucesivos. Asimismo, de las encuestas realizadas a los alumnos se desprende un alto grado de satisfacción, con un porcentaje en torno al 85% de manifestarse su interés por continuar realizando este tipo de talleres en los próximos cursos.
- Coherencia de lo realizado con el objetivo general del proyecto.-Se estimaba necesaria esta educación básica sanitaria y ha sido acogida de forma satisfactorio tanto por parte del alumnado como por el personal docente.
- Descripción de los principales resultados alcanzados e impacto del proyecto.- .-Se estima que se han superado todas las expectativas planteadas inicialmente, ya que además se ha extendido a toda la población de la localidad, como se ha expuesto.
- Indicadores cuantitativos y cualitativos seleccionados y su relación con los objetivos. Como se ha expuesto, el alto porcentaje del alumnado y la unanimidad del profesorado interesado en continuar con la realización de estos talleres, manifestado en las encuestas realizadas así como en el interés mostrado en las sesiones impartidas, muestran el gran interés que esta materia ha despertado entre los asistentes. Comparación de los cambios entre la situación previa (antes del desarrollo del proyecto) y final (en el momento de hacer la memoria). Anteriormente este proyecto no estaba incluido en la PROGRAMACIÓN GENERAL ANUAL del centro escolar que se aprueba al inicio de cada curso, y a partir de su realización ha sido incluido en la misma; asimismo, se realizan talleres de reciclaje en la población de la localidad.
- Grado de implicación y participación de los grupos y población destinataria en el desarrollo del proyecto. También la participación de los participantes en la evaluación del proyecto. El alto grado de implicación del alumnado, ya que prácticamente todo el alumnado ha participado; asimismo, la totalidad del profesorado, y la dirección del centro, e incluso algunas personas han aportado de forma voluntaria su pericia en la realización de materiales audiovisuales. También se ha implicado el Ayuntamiento de la localidad ofreciendo adquisición de material específico así como el uso de dependencias de edificios públicos para la realización de los talleres y la respuesta de un gran número de vecinos participantes en los mismos, definiendo así a la localidad como un municipio CARDIOPROTEGIDO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Recomendaciones para asegurar el afrontamiento de las dificultades y la flexibilidad del proyecto. Valoración de la viabilidad y factibilidad del proyecto. Como se ha expuesto, se estima oportuno continuar en la misma línea que la inicialmente adoptada, implicando no solo al centro escolar, sino también a la población de la localidad, con la necesaria colaboración de la Agrupación de Voluntarios de Protección Civil y el Ayuntamiento.
- Medidas para facilitar la sostenibilidad de las actuaciones y su integración en la dinámica del centro. Posibilidades de extensión y replicabilidad de las iniciativas en otros centros. En este sentido, se ha propuesto su realización en el centro escolar de la localidad de Aliaga, y asimismo se extenderá su realización a otras localidades dependientes del centro de salud de Utrillas, interesando la colaboración necesaria de la Dirección de Atención Primaria en Teruel

7. OBSERVACIONES.

Se estima conveniente, dada la magnitud e interés mostrado por este proyecto, proponer su inclusión en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1157

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

AGENDA COMUNITARIA.

- Principales conclusiones y recomendaciones para la realización de la evaluación y la redacción de la memoria del proyecto de atención comunitaria.
- Se valora muy positivamente la consecución de este proyecto en este primer curso escolar 2018, estimándose que la respuesta dada por todos los participantes del centro escolar, así como su extensión y repercusión en el resto de la población, teniendo en cuenta además que se trata de un centro escolar de referencia COMARCAL, y el interés despertado hacia este proyecto en otros centros escolares y localidades de la comarca, han concedido un gran apoyo para su mantenimiento en próximos años
- Se recomienda asimismo a todas las instituciones municipales y comarcales de referencia su implicación en el proyecto.
- Nuevas necesidades identificadas de formación sobre la metodología de evaluación.
- Se considera muy positivo el compromiso de realizar un MANUAL PRÁCTICO de PRIMEROS AUXILIOS a raíz de este proyecto que pueda servir para su uso en el centro escolar así como para el resto de la comunidad educativa, siendo los propios alumnos sus ilustradores y los responsables y colaboradores del proyecto sus redactores.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1157 ===== ***

Nº de registro: 1157

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

Autores:
MONZON GRACIA ANA ISABEL, ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, MARTINEZ RUIPEREZ ELENA, GARCIA EZPELETA FRANCISCO EMILIO, SANCHEZ BOIX CARLOS AGUSTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS Y EMERGENCIAS- PRIMEROS AUXILIOS Y MANIOBRAS DE RCP
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: FORMACION Y EDUCACION PARA LA SALUD COMUNITARIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el consultorio local, dependiente del CS DE UTRILLAS y desde el CENTRO ESCOLAR DE MONTALBAN., se desarrolla este proyecto de formación de la Comunidad Educativa en Primeros Auxilios y Maniobras RCP, especialmente destinado a adquirir conocimientos básicos para poder actuar ante una emergencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Primero: Como objetivo general se plantea la realización de actividades para fomentar la educación y formación básica en temas fundamentales sobre la SALUD
Segundo: Como objetivos específicos, se propone dar a conocer a la población infantil, adolescente y adulta relacionada con la misma, como docentes o monitores, las habilidades y reconocimiento de una situación de emergencia.
Tercero: Asimismo, se propone la adquisición de habilidades para actuar frente a una emergencia y reconocer de manera correcta una situación de emergencia vital

MÉTODO

- 1.-Reunión inicial: Entre el equipo directivo del Centro Escolar, la enfermera del consultorio médico local de Montalbán y la médico del CS de Aliaga para la propuesta y creación del proyecto, en su caso, así como detectar inquietudes.
- 2.-Concreción del proyecto : Se presentan las líneas didácticas de la enseñanza de la RCP en los distintos niveles educativos adaptando los contenidos a su estado de desarrollo evolutivo, físico y mental, e involucrar a los docentes del centro en este proyecto, tanto de forma activa como pasiva.
- 3.-Posteriores reuniones: Se procede a contactar con el maestro especialista de MUSICA para la composición de un tema musical específico para el proyecto
- 4.-Encuentro con alumnos y profesores de ESO: Serán los encargados de hacer los videos representativos de cada caso propuesto sobre situaciones de emergencias explicados en los talleres.
- 5.-Contacto con la Agrupación de Voluntarios de Protección Civil de la Comarca Cuencas Mineras: Se ofrecen para prestar el material, necesario para la realización práctica de los talleres de RCP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1157

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

6.-Reunión con el Ayuntamiento de Montalbán: Se ofrece ayuda para el mantenimiento del material y la adquisición de las mascarillas utilizadas en los talleres.

INDICADORES

- 1.-Encuestas iniciales para determinar el grado de conocimiento previo a la actividad que tienen los alumnos del centro escolar respecto de PRIMEROS AUXILIOS y MANIOBRAS DE RCP,
- 2.-Encuestas posteriores para determinar el grado de adquisición de conocimientos una vez realizados los talleres adaptadas a cada uno de los niveles educativos.
- 3.-VALORACION POR EL PROFESORADO: Desde el claustro de profesores del centro escolar se estima conveniente incluir el proyecto en la programación del próximo curso.

DURACIÓN

- 1.-DURACIÓN: Se basa en el grado de atención que se pueda obtener de los alumnos, determinando en este primer curso el desarrollo de TRES SESIONES, de unas 2 horas para 1º y 2º ESO, y de 1 hora de duración para EDUCACION PRIMARIA y de 30 minutos para E.INFANTIL, para ofrecer talleres prácticos de FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y MANIOBRAS DE RCP, así como otras DOS SESIONES dirigidas al profesorado de unas 2 horas de duración cada una de ellas, para que así puedan implicarse en la impartición de los próximos talleres
- 2.-CALENDARIO PREVISTO:Se ofrecerán talleres en los siguientes cursos con el compromiso por parte de la dirección del centro escolar de ser incluidos en la PROGRAMACION GENERAL DEL CENTRO ESCOLAR que es aprobada al inicio de cada curso escolar por el consejo escolar.
- 3.-IMPLANTACION EN ESTE CURSO ESCOLAR 2017-2018. Durante el curso escolar actual se han impartido los talleres durante los días jueves de todo el mes de mayo 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 - 2019/0184

1. TÍTULO

CREANDO LA ESCUELA DE PERSONAS CUIDADORAS DEL C.S. DE UTRILLAS: UNA EXPERIENCIA PILOTO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL BLAZQUEZ ORNAT
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO ABANTO ANA
MONTON ESCOLANO MARIA ANGELES
SALAS FERRER VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La escuela de personas cuidadoras del C.S. de Utrillas dio comienzo con una sesión de presentación el día 16 de julio en la que estuvieron presentes las cinco personas cuidadoras que, después del proceso de selección, accedieron a participar y todas las integrantes de este proyecto (con respecto a la propuesta inicial al equipo de mejora se sumó la enfermera María Ángeles Montón, tras sus baja médica. Además se contó con la colaboración de la fisioterapeuta Cristina Burriel -en sustitución de Inmaculada Sanz que se jubiló- y la trabajadora social, Carmen Garcés.

El proceso de selección de esta experiencia piloto realizada en un solo cupo del centro de salud se realizó localizando en la cartera de servicios aquellos pacientes con la etiqueta diagnóstica en OMI "Paciente inmobilizado-terminal-dependiente". Se obtuvieron un total inicial de 14 personas, de ellos se eliminaron aquellos institucionalizados, quedando finalmente nueve. De estas nueve personas con dependencia en diferente grado, seis eran mujeres y tres hombres. Posteriormente, se identificaron a sus personas cuidadoras principales y tras contactar con ellas su enfermera, accedieron a participar en este proyecto un total definitivo de cinco personas cuidadoras. De ellas, dos, a consecuencia de problemas familiares y el fallecimiento del familiar cuidado abandonaron esta experiencia piloto. Por tanto, el perfil de las personas cuidadoras que asistieron de manera regular a la escuela puede resumirse en: dos mujeres y un hombre con una edad media de 62,2 años, que cuidaban de tres mujeres con una media de edad de 83,6 años, dos con patología fundamental de dependencia, Alzheimer y una tercera, con pluripatología, y con un parentesco familiar de esposo, nuera e hija. Las tres personas cuidadoras llevaban más de siete años cuidando de su familiar, dos de ellas más de 10 años, solo una disponía de ayuda ocasional de otro familiar y otra contaba con ayuda externa contratada unas horas al día.

Los puntos clave de esta primera sesión fueron:

- Presentación general de la escuela
- Presentación integrantes del equipo de mejora
- Objetivo de la escuela
- Expectativas del equipo de mejora y del proyecto que se iniciaba
- Presentación de cada cuidadora y de la persona que cuida
- Expectativas que tienen las personas participantes
- Presentación calendario, horario y tema de las sesiones.
- Administración de los cuestionarios previstos (WHOQOL-BREF, Duke-Unc 11, y se entregó el cuestionario de sobrecarga del cuidador-Zarit para su cumplimentación en domicilio). Tras el análisis de estos cuestionarios se obtuvieron los primeros datos a este respecto de las personas participantes, que se exponen en el apartado de resultados.

Desde la presentación, cada quince días y con una duración de 1h-1:30h, se realizaron las diez sesiones correspondientes a un programa que se diseñó con unas destinadas al cuidado de las personas dependientes y otras, al autocuidado de las personas cuidadoras. Por un lado, la información o puntos clave tratados en las sesiones relativas al autocuidado de la persona cuidadora se pueden presentar de la siguiente manera:

Las sesiones de "autocuidado: gestión de sentimientos" y "autocuidado: autoestima y vida social" tuvieron como objetivo el dar herramientas a las personas cuidadoras para mantener una buena relación con su familiar y saber manejar su enfermedad, ya que estos procesos al ser largos normalmente crean conflictos y sentimientos de culpabilidad. Se trabajaron los conceptos de asertividad y autoestima, el manejo de sentimientos y se reforzaron actitudes como la de saber delegar y retirar peso de la "mochila".

En la sesión de "recursos sociosanitarios: información básica" se explicó las principales prestaciones y servicios, ayudas o beneficios (solicitud de valoración de dependencia y acceso a las prestaciones del sistema, solicitud de reconocimiento de discapacidad, ayudas individuales IASS para discapacidad y dependencia, ayudas para desplazamientos, ayudas para la compra de material ortoprotésico...etc.) a los que pueden optar las personas con dependencia o discapacidad, incluyendo también información sobre los trámites para el reconocimiento de discapacidad o situación de dependencia. Se les informó también sobre el lugar de realización de los trámites, datos de contacto...etc y se les ofreció la posibilidad de acudir a una cita individual con la trabajadora social si precisaban de más información o la realización de algún trámite concreto. Al finalizar la sesión, se les facilitó un documento que contenía los puntos clave tratados.

Finalmente, el objetivo de los talleres de fisioterapia "movilización de personas dependientes" y "autocuidado: relajación y estiramiento muscular" fue proporcionar al cuidador/a herramientas que le permitieran un mejor manejo de las situaciones de mayor esfuerzo tanto a nivel físico como emocional (movilizaciones, transferencias de peso, estrés y síndrome del cuidador...). A la finalización de cada taller, se les facilitó un documento con toda la información proporcionada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0184

1. TÍTULO

CREANDO LA ESCUELA DE PERSONAS CUIDADORAS DEL C.S. DE UTRILLAS: UNA EXPERIENCIA PILOTO

Por su parte, la información o puntos clave tratados en las sesiones relativas al cuidado de las personas dependientes se pueden presentar de la siguiente manera:

En las charlas sobre los "cuidados: medicación y sueño", y "cuidados respiratorios y prevención de infecciones" se trataron aspectos relativos a la medicación, tipos y administración de la misma a la persona dependiente con el objetivo de aumentar la seguridad de la persona cuidadora reduciendo los miedos a sus efectos y posibles olvidos. Se habló del sueño y sus trastornos, tanto para el paciente como para el cuidador, y las formas de conseguir un descanso favorecedor para ambos. También se hizo referencia a los cuidados respiratorios más básicos y la forma de prevenir las infecciones más fundamentales.

En la sesión de "cuidados: comunicación y situaciones de crisis" se enfatizó en la importancia de la comunicación como parte del cuidado al ser una herramienta indispensable para poder proporcionar unos buenos cuidados. Se presentaron los factores que pueden entorpecer el clima comunicativo con la persona dependiente pero también las estrategias que podían mejorarlo. De igual modo, los factores que suelen limitar la capacidad de comunicación de la persona que se cuida y las herramientas y estrategias que permiten comunicarse mejor cuando hay un impedimento físico o psíquico. Finalmente, se vieron las alteraciones de la conducta más comunes de la persona dependiente y algunas de las estrategias que puede poner en marcha la persona cuidadora en estas situaciones de crisis.

En las sesiones de "cuidados: higiene y úlceras", y "cuidados: alimentación y eliminación" se presentó un resumen de los cuidados básicos para mantener unos hábitos higiénicos adecuados, cómo debe hacerse un aseo en la cama y cómo movilizar a un enfermo a través de cambios posturales o movilizaciones pasivas de sus articulaciones. También se repasó en profundidad una de las complicaciones más habituales en las personas dependientes: las úlceras, viendo cuales eran los factores de riesgo más importantes en su aparición y la manera de prevenirlos. Por otro lado, se repasó la composición de una dieta equilibrada y el caso de tres problemas relacionados con la eliminación: la incontinencia urinaria, fecal y diarreas, explicando sus cuidados más precisos y fundamentales.

Aunque en el proyecto en una última sesión se preveía el volver a pasar los tres cuestionarios (WHOQOL-BREF, Duke-Unc 11 y Zarit), se consideró como un indicador más sensible para la medición del impacto que podría haber tenido la escuela el administrar un cuestionario tipo likert elaborado por el equipo y realizar un grupo focal en el que se debatieron aspectos tales como lo que más/menos les había gustado o servido de la escuela, lo que debería cambiarse, la idoneidad de los temas abordados, sus propuestas de cambios... En esta sesión final, se les entregó un dossier elaborado con todas las sesiones impartidas en la escuela.

En síntesis, el programa impartido, con sus fechas (que se alteraron mínimamente a lo largo de los meses) y persona responsable fue:

- Presentación escuela (16 de julio, Isabel Blázquez)
- Autocuidado: gestión de sentimientos (30 de julio, Victoria Salas)
- Autocuidado: Autoestima y vida social (13 de agosto, Victoria Salas)
- Recursos sociosanitarios: información básica (27 de agosto, Carmen Garcés)
- Higiene y úlceras por presión (10 de septiembre, Ana Calvo)
- Cuidados: alimentación y eliminación (24 de septiembre, Ana Calvo)
- Cuidados: medicación y sueño (8 de octubre, M^a Ángeles Montón)
- Cuidados respiratorios y prevención de infecciones (22 de octubre, M^a Ángeles Montón)
- Comunicación: problemas y situaciones de crisis (5 de noviembre, Isabel Blázquez)
- Movilización de personas dependientes (19 de noviembre, Cristina Burriel)
- Autocuidado: relajación y estiramiento muscular (3 de diciembre, Cristina Burriel)
- Cierre y despedida de la escuela (17 de diciembre, Isabel Blázquez)

Por último y en lo relativo a la difusión o acciones realizadas de cara a comunicar a profesionales este proyecto y sus resultados, este trabajo fue presentado como comunicación en el I Encuentro de Salud Comunitaria de Aragón y XVIII Jornada de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPP) del pasado mes de noviembre del 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez determinado ciertos aspectos del perfil de las personas cuidadoras en la primera sesión de julio, los resultados de los cuestionarios administrados revelaron que dos personas valoraban su apoyo social como muy bajo (puntuación en cuestionario 20 y 24 puntos), otra como aceptable (puntuación de 38 puntos) y finalmente, dos más que lo valoran como bueno (44 y 49 puntos). Los resultados del WHOQOL-BREF en relación con el Duke-Unc indicaron que para nuestros cuidadores el percibir un apoyo social óptimo no suponía definitivamente el percibir a su vez una buena calidad de vida y viceversa.

En particular, de las personas cuidadoras con buen apoyo social percibido, la cuidadora 1 valoró como muy baja la satisfacción con su salud y su vida, y reconocía tener con frecuencia sentimientos de depresión y tristeza. Por su parte la cuidadora 4, sí que valoró su calidad como buena a pesar de presentar con moderación sentimientos de desesperanza o depresión, o cualquier otro tipo de sentimiento negativo. En el otro extremo, de las personas que valoraron su apoyo social como bajo, la cuidadora 2 consideraba su calidad de vida muy buena en general y la cuidadora 3 bastante buena, a pesar de reconocer padecer dolor incapacitante, tener dependencia tratamiento médico y frecuentemente sentimientos de ansiedad, depresión o desesperanza.

Como ya se ha mencionado, de las cinco personas cuidadoras que iniciaron la escuela, dos de ellas a consecuencia de problemas familiares y el fallecimiento del familiar cuidado, abandonaron esta experiencia piloto. Por tanto, han sido tres las personas que han participado en este programa piloto con una asiduidad alta a pesar de la dificultad para asistir al tener que delegar sus tareas de cuidado en otra persona.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0184

1. TÍTULO

CREANDO LA ESCUELA DE PERSONAS CUIDADORAS DEL C.S. DE UTRILLAS: UNA EXPERIENCIA PILOTO

El cuestionario tipo likert elaborado para medir el impacto de esta iniciativa recogió aspectos sobre la utilidad de la escuela para mejorar la información y habilidades sobre el autocuidado y el cuidado a la persona dependiente; la idoneidad del tema y contenido de las sesiones abordadas; la repercusión en la seguridad y tranquilidad del cuidador/a para continuar con el cuidado del familiar; la valoración de la escuela como un buen espacio donde intercambiar experiencias, resolver dudas y encontrar apoyo; y el interés que tendría que se consolidase como una actividad/proyecto del centro de salud en el futuro. La escala de medición fue "totalmente en desacuerdo/en desacuerdo/ni de acuerdo ni en desacuerdo/de acuerdo/totalmente de acuerdo". Las puntuaciones obtenidas para todas las preguntas del cuestionario fueron de "acuerdo" o "totalmente de acuerdo". En el desarrollo del grupo focal se recalcó la idea de que la escuela era un buen espacio de intercambio de experiencias, habilidades, temores e inquietudes, aunque la situación de dependencia de su familiar era muy distinta. También se planteó la idea de dar opción a sesiones individuales y se analizó el cambio o el añadir algunas sesiones con temas más concretos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras realizar un DAFO, en general consideramos que la escuela puede facilitar herramientas de cuidado para las personas cuidadas y de autocuidado para las personas cuidadoras, así como establecerse como un espacio de respiro, empoderamiento y apoyo mutuo. Es por ello que se valorará la apertura de esta escuela a todos los cupos del centro a través de la información que de su existencia puede proporcionar el personal sanitario desde sus consultas de primaria. Para el futuro, se han propuesto como áreas de mejora el intentar formar grupos de cuidadores con perfiles los más homogéneos posibles, el sustituir o añadir alguna sesión más, y el ofrecer sesiones individuales, intercaladas entre las grupales, donde proporcionar información o resolución de problemas de manera personalizada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/184 ===== ***

Nº de registro: 0184

Título
CREANDO LA ESCUELA DE PERSONAS CUIDADORAS DEL C.S. DE UTRILLAS: UNA EXPERIENCIA PILOTO

Autores:
BLAZQUEZ ORNAT ISABEL, CALVO ABANTO ANA, SANZ DE GALDEANO INMACULADA, SALAS FERRER VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: RRepercusiones en la salud física y mental
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En las últimas décadas, el estudio de las repercusiones en la salud de las personas que cuidan ha sido una cuestión de gran interés debido, en parte, a los cambios demográficos y sociales. La prestación de cuidados familiares, entendidos como una atención no remunerada, sigue procediendo fundamentalmente de las familias y especialmente de las mujeres. Un cuidado que se presta en un ámbito doméstico, privado e invisible, con escaso reconocimiento social y con elevados costes para la salud física y emocional, y la calidad de vida. Y aunque se sabe poco de las estrategias que utilizan las cuidadoras para cuidar de sí mismas, en los últimos años se han puesto en marcha iniciativas que pretenden mitigar estos efectos como son la escuela de cuidadoras del Hospital de Guadarrama de Madrid u otras iniciativas on-line, como la página web del proyecto www.cuidadorascronicos.com, recientemente premiada.
La población mayor dependiente en la población de Utrillas es significativa así como el porcentaje de pacientes que son cuidados por sus familiares. A pesar del soporte que se puede dar desde la consulta de enfermería a las personas con rol de cuidadoras, consideramos interesante la puesta en marcha de una escuela específica para ellas en el centro de salud, de tal manera, que éste se convierta en un lugar de referencia en este sentido para la comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la creación de esta escuela se pretende:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0184

1. TÍTULO

CREANDO LA ESCUELA DE PERSONAS CUIDADORAS DEL C.S. DE UTRILLAS: UNA EXPERIENCIA PILOTO

1. Facilitar herramientas de cuidado para las personas cuidadas y de autocuidado para las personas cuidadoras.
2. Establecer y consolidar la escuela como actividad de "respiro" y de empoderamiento al disminuir la incertidumbre de la persona cuidadora a través de la información, el asesoramiento y el soporte.
3. Creación de una red de apoyo mutua futura y permanente entre las personas participantes.

MÉTODO

Este proyecto tendrá dos fases: una primera destinada a la captación de las personas cuidadoras y otra segunda destinada a la preparación y puesta en marcha de la escuela.

1. Fase de captación de las personas participantes

La captación de las personas cuidadoras a las que se les ofrecerá la participación en la escuela se realizará desde la consulta de enfermería. Se elegirá un cupo del centro de salud de Utrillas para realizar una primera experiencia piloto. De él se seleccionaran todos los pacientes registrados con la etiqueta diagnóstica «pacientes dependientes» y se identificara al familiar persona cuidadora principal. Posteriormente, se realizará un estudio del perfil de la persona cuidada y persona cuidadora atendiendo a las siguientes características:

Persona cuidada: sexo, edad y patología principal de dependencia.

Persona cuidadora: sexo, edad, estado civil, estudios previos, parentesco con la persona cuidada, enfermedades crónicas más relevantes, y disposición de ayuda familiar o contratada para el cuidado (sí/no).

Una vez identificados, el equipo elaborará la composición de un grupo lo más homogéneo posible atendiendo a la confluencia de perfiles parecidos como es el compartir el cuidado de una persona afecta de la misma patología. Posteriormente, se contactará por teléfono con estas personas para ofrecerles la participación en la escuela. Una vez consensuada la participación, a la persona se le pasarán una serie de cuestionarios que se describen posteriormente. El compromiso de participación de 5-7 personas, se considerara suficiente para la puesta en marcha de esta experiencia piloto.

2. Fase de puesta en marcha

A lo largo del curso que comenzará en el mes de abril, se programarán 6 sesiones-taller de dos horas de duración. Se asumirán como ejes de interés o líneas de trabajo las ya utilizadas con éxito en el proyecto de investigación dirigido desde la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona), cuyo resultado ha sido la creación de la web www.cuidadorascronicos.com. Estas líneas de trabajo, relativas a la salud física y emocional, se focalizan sobre siete aspectos concretos.

INDICADORES

Cuestionarios previos y posteriores al inicio y finalización del curso: Zarit, la percepción de la calidad de vida (WHOQOL-BREF) y el soporte social percibido (Duke-Unc 11). También encuesta de satisfacción con escala tipo likert que se confeccionará ad hoc.

DURACIÓN

Tras una primera sesión inaugural de presentación de la escuela y de las personas participantes en abril, los talleres previstos estarán a cargo de las enfermeras de este proyecto además de la fisioterapeuta que realizará una charla sobre higiene postural, de la trabajadora social, Carmen Garcés, que colaborará con otra sobre recursos socio-sanitarios y de una médica experta en salud mental.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0534

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ANNA IRENA BIDZINSKA BIDZINSKA
· Profesión MATRONA
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALENZUELA FOVED AMPARO
MINGUILLON SANZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- .-Apoyo a la lactancia materna pre y postnatal
- .-Recomendar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses
- .-Recomendar lactancia prolongada hasta los 2 años con alimentación complementaria
- .-Recomendar el amamantamiento a demanda
- .-Enseñar las posiciones correctas, vaciado eficaz de las mamas
- .-Enseñar las técnicas de extracción y almacenamiento de la leche
- .-Clases de preparación al parto (viernes, 10,30-12,30)
- .-Talleres de lactancia materna (lunes, 11,45-12,30)
- .-Consulta individual de apoyo y ayuda en lactancia materna (lunes, martes, jueves y viernes, a las 13,30)

Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2-10 personas. En ellos además de talleres prácticos también información teórica sobre: la composición de la leche materna, beneficios para la madre y el bebé, contraindicaciones y falsas contraindicaciones.

Creación de una consulta individual de apoyo y ayuda en LM: observar y valorar una toma al pecho e identificar problemas, si los hubiera. La mujer puede acudir cada día (de lunes a viernes) a las 13.30h a la consulta de la matrona sin pedir cita previa.

Realización de talleres de lactancia materna el lunes 11.45-12.30: practicamos las técnicas de extracción de la leche, masaje de pecho, posiciones correctas, vaciado eficaz de las mamas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- *Todas las mamás que realizar lactancia materna lo hacen a demanda.
- *Grupo de apoyo de otras mamás voluntarias con experiencia (4 mujeres) que pueden ayudar por las tardes.
- *Cuatro grupos de Educación Materna con total 19 participantes.
- *De las 44 puérperas, 35 han iniciado la Lactancia Materna, 4 han cambiado de domicilio y 5 han iniciado Lactancia Artificial
- *Más de 75% de las mujeres han iniciado la Lactancia Materna
- *No se puede especificar el número de mujeres con lactancia prolongada por el tiempo limitado.
- *Aumentado el número de madres donantes de la LM, 4 mujeres en año 2018
- *Menor uso de chupete.
- *Control de peso con la colaboración de Consulta de Pediatría C.S Utrillas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Buena colaboración de todo el equipo, las mujeres con problemas de LM derivadas a mi consulta, consultas telefónicas en caso de dudas.

Queda pendiente la valoración de objetivos: nº LM exclusiva hasta los 6 meses y nº de lactancia prolongadas.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0534

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/534 ===== ***

Nº de registro: 0534

Título
PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Autores:
BIDZINSKA BIDZINSKA ANNA IRENA, VALENZUELA FOVED AMPARO, MINGUILLON SANZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
.-Mejora la educación a las madres y padres sobre lactancia materna
.-Favorece los conocimientos, aptitudes y prácticas sobre la lactancia materna en los niños menores de 1 año
.-Garantiza una alimentación saludable que mejora la calidad de vida del niño
.-Los beneficios de la lactancia materna para la madre

RESULTADOS ESPERADOS
.-Conseguir mejorar los resultados de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y la complementaria hasta los 2 años
.-Fomentar la participación de las madres lactantes que acuden a la consulta
.-Fomentar la donación de la leche materna
.-Incluir a la familia en las actividades de educación y apoyo
.-Evitar el destete precoz

MÉTODO
.-Apoyo a la lactancia materna pre y postnatal
.-Recomendar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses
.-Recomendar lactancia prolongada hasta los 2 años con alimentación complementaria
.-Recomendar el amamantamiento a demanda
.-Enseñar las posiciones correctas, vaciado eficaz de las mamas
.-Enseñar las técnicas de extracción y almacenamiento de la leche

INDICADORES
.-Valorar en la consulta el éxito de las madres lactantes y la continuidad en la lactancia durante, al menos, el periodo indicado como recomendado.
.-Aumentar considerablemente las madres lactantes que sean donantes de leche materna, contabilizando al final de cada periodo anual este registro

DURACIÓN
.-Clases de preparación al parto (viernes, 10,30-12,30)
.-Talleres de lactancia materna (lunes, 11,45-12,30)
.-Consulta individual de apoyo y ayuda en lactancia materna (lunes, martes, jueves y viernes, a las 13,30)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0534

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1203

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOCEN EL CENTRO DE SALUD DE VILLEL, DEL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE PURIFICACION LEON MIGUEL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLEL
· Localidad VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATAMALA GIMENO CARLOS
BESER PUIG EUGENIO
SEGURA LARA ANA MARIA
GARCIA GARCIA PILAR
DOMINGO MAICAS MIGUEL
FLORES FLORES JOSE
MIGUEL POSA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Horarios de grupos:

18 abril, 4 julio y 3 de octubre :

9 mayo, 4 julio y 3 de octubre.

28 abril, 3 julio y 6 de octubre:

Progresivo sin sobrecargar la información. Nos discernimos a lo que se considera vital e importante para aprender y lo que no es tanto, para que el paciente interiorice las ideas clave que pretenden enseñarse.

Consenso individualizado con cada paciente que se incluye en el programa. Informamos al paciente, dentro del grupo, sobre las características de su enfermedad y el uso de su dispositivo.

Información del uso de la vía inhalatoria, la idea es clave porque, al ir directamente a pulmón se requiere menor dosis y produce menos efectos indeseables.

Información de como funciona su inhalador, mantenimiento y limpieza.

Seguir horarios.

En caso de utilizar los inhaladores con mucha frecuencia, se debe solicitar ayuda, ya que puede existir un empeoramiento de su estado.

Actuación ante crisis agudas: que inhalador se utiliza en primer lugar, cuando se llama a urgencias.

Seguir tratamiento no farmacológico: hábitos de vida saludable, no tabaco, ejercicio leve o moderado, vacunación antigripal, vacunación antineumococica para mayores de 60 años .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los pacientes aprenden a:

Abrir dispositivo.

Exhalación.

Colocación en la boca.

Coordinación inhalación - respiración.

Limpieza del boca.

Limpieza de dispositivo.

Conocer que su enfermedad es crónica que necesita tratamiento a largo plazo, aunque no tenga molestias.

Seguir tratamiento prescrito.

Reconocer los síntomas de su enfermedad.

Identificar los factores desencadenantes y saber evitarlos.

Reconocer los síntomas y los signos de reagudizaciones/exacerbación de la enfermedad: disnea, expectoración purulenta.

Participación activa en el control y tratamiento de su enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante el periodo que duraron los talleres, no hubo reagudizaciones, no efectos secundarios.

Los talleres se realizaron en el tiempo previsto con buena disposición de los pacientes. Cada uno trajo su propio dispositivo y se les enseñó de forma individual a utilizarlos.

Aprovechamos cada consulta médica / enfermería para repasar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1203 ===== ***

Nº de registro: 1203

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1203

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLEL, DEL SECTOR DE TERUEL

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLEL, DEL SECTOR DE TERUEL

Autores:

LEON MIGUEL PURIFICACION, MATAMALA GIMENO CARLOS, BESER PUIG EUGENIO, GARCIA GARCIA MARIA PILAR, SEGURA LARA ANA MARIA, DOMINGO MAICAS MIGUEL, FLORES FLORES JOSE, MIGUEL POSA JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLEL

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, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se han detectado por parte de todos EAP necesidades de formación a los pacientes en el uso de inhaladores puesto que o no se utilizan de manera correcta porque la situación basal del paciente no lo permite o porque no se conoce o no se ha depurado la técnica como seguimiento de los mismos pacientes. Por otro lado La situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el uso de inhaladores por parte de los pacientes con diagnóstico de Asma EPOC en los pacientes del Centro de Salud de Villel.
Disminuir el número de exacerbaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
Disminuir la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis

MÉTODO

Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2 a 10 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado(convencional o activado por la inhalación)o de polvo seco (unidosis o multidosis) .
Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.

Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

INDICADORES

Los indicadores que se van a evaluar son los siguientes:

- % Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta
- % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>50%)
- % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>50%)
- % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>50%)

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa por parte de MAP y Enfermería.

DURACIÓN

Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017), se llevará a cabo por personal de enfermería. En sesiones de una hora aproximadamente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1203

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOCEN EL CENTRO DE SALUD DE VILLEL, DEL SECTOR DE TERUEL

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 - 2016/1207

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA I. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS PARCHES DE LIDOCAINA 5

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL DOMINGO MAICAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VILLEL
· Localidad VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCIÓN PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATAMALA GIMENO CARLOS
FLORES FLORES JOSE
MIGUEL POSA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de PL5%. Se realizarán 4 cortes transversales durante 2017: 01/01/2017, 01/04/2017, 01/07/2017 y 01/10/2017. El FAP facilitará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de PL5% (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda revisar la adecuación de la prescripción para cada paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Seguimiento de los pacientes en tratamiento con PL5% del Sector Teruel. Se han hecho 4 cortes transversales durante 2017 (Enero, Abril, Julio, Octubre).
Con el resultado que no hemos disminuido el número de tratamientos sino que lo mantenemos igual, con tres tratamientos no indicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es muy difícil explicarle al paciente que un medicamento que le ha recetado el ESPECIALISTA, y sobre todo en la "unidad del dolor" no está indicado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1207 ===== ***

Nº de registro: 1207

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA I. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS PARCHES AL 5 POR CIENTO DE LIDOCAINA

Autores:
DOMINGO MAICAS MIGUEL, MATAMALA GIMENO CARLOS, FLORES FLORES JOSE, MIGUEL POSA JORGE, PEREZ DIEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLEL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Problema u oportunidad de mejora seleccionada.
Los parches de lidocaína al 5% (PL5%) están indicados según ficha técnica (FT) para el alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección por herpes zoster (neuralgia postherpética, (NPH)). A pesar de la bajísima incidencia de NPH (1-3 por 1.000 en adultos mayores de 75 años), PL5% fue el medicamento que supuso el mayor gasto farmacéutico para el Sector Teruel en 2016 (431.291,94€)1.
Los PL5% se están utilizando ampliamente como fuera de indicación. En el Sector Teruel, de los 77 pacientes que tienen prescripciones activas de PL5% en receta electrónica (fecha de corte 01/01/2017)2 sólo se cumplía la indicación autorizada en FT en 1 paciente (1,3%).
La indicación de medicamentos para usos no autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1207

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA I. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS PARCHES DE LIDOCAÍNA 5

Sanitarios (AEMPS) se contempla en el RD 1015/2009, de 19 de junio de 2009, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. El acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España tendrá carácter excepcional y se limitará a cuando no hay alternativas terapéuticas autorizadas; se debe informar al paciente y se debe escribir la justificación en la historia clínica del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es revisar la adecuación de la prescripción de los PL5% en los pacientes del Sector Teruel. Los PL5% se están prescribiendo para condiciones clínicas diferentes a las autorizadas en FT sin que haya datos suficientes para garantizar su eficacia y seguridad: neuralgias de cualquier origen, dolores traumatológicos de cualquier causa y con relativa frecuencia en asociación a opiáceos mayores.

Objetivo Farmacia I: Revisión de la prescripción de medicamentos fuera de ficha técnica.

No prescribir parches de lidocaína 5% para indicaciones no incluidas en ficha técnica cuando existen otras alternativas terapéuticas autorizadas.

MÉTODO

1. Realización de un estudio transversal (fecha de corte 01/01/2017) para analizar la prescripción de los PL5% en el Sector Teruel.

Responsable: FAP Sector Teruel.

2. Difusión de los resultados del estudio de utilización de los PL5%; de los requisitos para el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España (Capítulo III, Artículo 13 del RD 1015/2009, de 19 de junio de 2009); y del documento para la prevención de sanciones por prescripción farmacéutica de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. Se enviará dicha información a los coordinadores médicos de los Equipos de Atención Primaria (EAP) para que la distribuyan entre el resto de profesionales médicos del EAP.

Responsable: FAP Sector Teruel.

3. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de PL5%. Se realizarán 4 cortes transversales durante 2017: 01/01/2017, 01/04/2017, 01/07/2017 y 01/10/2017. El FAP facilitará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de PL5% (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda revisar la adecuación de la prescripción para cada paciente. Responsable: MAP del C. de Salud de Villel y FAP Sector Teruel.

1. En su caso dejar de recetar PL5% si no está indicado o proponer al Médico que lo prescribió que lo recete él. Responsable: MAP del C. de Salud de Villel.

INDICADORES

Seguimiento de los pacientes en tratamiento con PL5% del Sector Teruel. Se harán 4 cortes transversales durante 2017 (Enero, Abril, Julio, Octubre).

Objetivo: 100% de pacientes.

Evaluación de la adecuación de la prescripción de los PL5%.

Objetivo: disminución del número de prescripciones activas de PL5% para indicaciones fuera de FT (75%).

DURACIÓN

Se harán 4 cortes transversales durante 2017 (Enero, Abril, Julio, Octubre).

Duración un año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0614

1. TÍTULO

POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE CARLOS MATAMALA GIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VILLEL
· Localidad VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SEGURA LARA ANA MARIA
LEON MIGUEL PURIFICACION
BESER PUIG EUGENIO
GARCIA GARCIA PILAR
MARTIN ELENA ROBERTO
MIGUEL POSA JORGE
HERNANDEZ AVILA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar, se llevaron a cabo durante los meses de Mayo y Junio de 2018 sesiones clínicas formativas a los miembros del EAP de Villel, mediante presentación en formato powerpoint, que incluían la pertinencia del proyecto, los objetivos a alcanzar y una revisión de la farmacología, indicaciones y pautas habituales de administración de los principales fármacos empleados por vía SC, con especial incidencia en los incluidos en los Botiquines de Urgencias. Se hizo especial hincapié sobre Médicos y Enfermeros de Atención Continuada, por ser quienes realizan durante más horas esta función. Se estableció qué fármacos de los habitualmente empleados por vía intramuscular eran susceptibles de ser empleados por vía subcutánea, y cuáles no eran intercambiables. Simultáneamente, se llevó a cabo la revisión de las Agendas de Atención Continuada en OMI de los PACs de Villel (agendas de Medicina y Enfermería) y El Cuervo para evaluar las pautas habituales de empleo de fármacos parenterales y establecer una referencia para posteriormente poder comparar con los resultados obtenidos. Para ello, se revisaron todos los pacientes registrados en horario de Atención Continuada desde el 1 de Enero de 2017 al 30 de Junio de 2018 (18 meses), tanto atendidos en los PAC como en domicilio, lo que hemos denominado período pre-evaluación. Posteriormente, se han revisado estas mismas agendas desde el 1 de Julio hasta el 31 de Diciembre de 2018 (6 meses), para nuevamente evaluar el empleo de los fármacos por vía parenteral y establecer la comparación con el período previo. Para aumentar la casuística y así reforzar el valor de los datos obtenidos, está previsto prolongar el proyecto durante los próximos 24 meses. Semestralmente, se ha realizado la revisión de los datos obtenidos, que se han remitido al resto de miembros del Equipo y analizado conjuntamente, corrigiendo las deficiencias detectadas y aclarando las dudas surgidas. El material elaborado es la presentación en powerpoint del proyecto, que se presentó en sesión clínica en el Centro de Salud y se envió a los correos corporativos de todos los miembros del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como indicadores, se han analizado las frecuencias relativas (porcentaje) de empleo de los diferentes fármacos en cada una de las vías parenterales (IM, SC e IV), así como las ratios de uso por vía IM dividido por vía SC. Los datos se han obtenido de los registros en OMI en las agendas de Atención Continuada de nuestros dos PACs en los períodos indicados (se revisó paciente a paciente) y el manejo de los mismos ha sido a través del programa Excel 2007.

En el período pre-evaluación (18 meses), se registraron un total de 212 inyectables en el grupo de fármacos considerados susceptibles de cambio de vía de administración, junto con una cifra casi idéntica (211) de inyectables vía IM en fármacos no intercambiables, siendo en este grupo los más empleados metilprednisolona (53,1%) y metamizol (28,9 %). De los fármacos considerados intercambiables, el 78,8 % se habían administrado vía IM, el 13,2 % por vía IV y únicamente el 8,0 % por vía SC. El fármaco intercambiable de vía IM a SC más empleado fue la metoclopramida (68 de 212 = 32,07 %), con un índice de empleo IM / SC de 5,1 (41 vs 8). El ideal es aproximar este índice a 0. Por su frecuencia de uso, constituye el principal objetivo de mejora. Los siguientes fármacos más empleados fueron tramadol y Buscapina® (ambos un 8 %), con ratios aún mayores a favor de la vía IM (12 a 1 en el tramadol, 14 a 2 en Buscapina® = 7,0). Dadas las peculiaridades del diclofenaco, cuyo empleo por vía SC está menos extendido, se realizaron también los cálculos excluyéndolo, siendo entonces la cifra total de 120 y las frecuencias relativas de uso de 63,3 % por vía IM, 13,3 % por vía SC y 23,3 % por vía IV.

Posteriormente, se ha revisado el empleo de estos mismos fármacos en el semestre del 1 de julio al 31 de diciembre de 2018 (período de evaluación). Se administraron un total de 91 inyectables del grupo de fármacos considerados susceptibles de cambio de vía de administración, junto con 78 no intercambiables, fundamentalmente de nuevo metilprednisolona y metamizol. De estos 91 fármacos intercambiables, 35 (38,5 %) se administraron vía IM, frente a un 78,8 % en el período previo, lo cual supone una reducción a menos de la mitad. La vía SC fue la elegida en 31 de los casos (34,1 %), más de cuatro veces por encima de su empleo previo (8,0 %) y casi igualando a la vía IM. Si prescindimos del diclofenaco, la vía SC fue más frecuentemente empleada (36,8 %) que la IM (26,5 %). La vía IV se empleó en el 27,5 % restante de los casos. En el caso concreto del diclofenaco, pese a la menor experiencia de su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0614

1. TÍTULO

POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

empleo por vía SC, se incrementó significativamente su empleo por esta vía, pasando de un 1,1 % a un 26,1 % (6 de 23), pasando la ratio vía IM / vía SC de 91 a 2,8, sin haber constancia hasta la fecha de reacciones adversas locales significativas.

Analizando por separado, la metoclopramida se empleó con mayor frecuencia por vía SC (34,6 %) que IM (23,1 %), con una ratio IM/SC de 0,7 (previa 5,1), lo mismo sucedió con el tramadol (ratio IM/SC 0,5, anteriormente 12) o la Buscapina® (ni una sola administración IM, sólo 4 SC y 4 IV). Otros fármacos apenas fueron empleados.

Con ello, se considera de sobra alcanzado el objetivo de reducir el empleo de la vía IM en al menos un 25 % en el grupo de fármacos intercambiables. Para el período posterior, se plantea mantener e incluso mejorar aún en lo posible esas cifras, especialmente factible en el caso de la metoclopramida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusión, la vía SC, de amplia experiencia en el manejo de pacientes en Cuidados Paliativos, es perfectamente válida para su uso en pacientes de Atención Continuada en Atención Primaria como sustituto de la vía IM en muchos fármacos de empleo habitual, presentando frente a ésta numerosas ventajas, como un menor índice de complicaciones (iatrogenia), administración más sencilla, mucho menos dolorosa, y con una velocidad de absorción similar. Es mucho más segura que la vía IM en pacientes anticoagulados y antiagregados, cada vez más numerosos. En los casos en que el acceso venoso no sea imprescindible, frente a la vía IV tiene como ventajas su sencillez de empleo, que no requiere adiestramiento y precisa mucho menos tiempo (a tener en cuenta en los PAC que carecen de personal de Enfermería), así como su menor coste, siendo su biodisponibilidad similar. No obstante, el principal objetivo es la progresiva disminución de la vía IM, más que de la IV.

En el caso del diclofenaco, y dada su gran frecuencia de empleo, cabe insistir en que la vía SC es una alternativa perfectamente válida a la vía IM en pacientes de riesgo, como anticoagulados, antiagregados o con contraindicación de otro tipo al empleo de inyectables profundos, o simplemente en pacientes que rechacen esa vía por dolorosa. Con este fármaco, en todo caso se aconseja no exceder la dosis de 2 cc (50 mg), o bien repartir la dosis total de la ampolla (3 cc, 75 mg) en dos puntos de inoculación separados.

Del análisis mes a mes de los datos, también hemos observado que, como era de esperar, los resultados durante los primeros meses del semestre fueron peores que durante los últimos, consecuencia lógica del proceso de cambio de los hábitos de trabajo, resultado especialmente beneficiosas las reuniones de Equipo para corregir las deficiencias detectadas.

Queda pendiente el mejorar las cifras en algunos fármacos (como la metoclopramida, en el cual su empleo por vía IM podría reducirse a cero), mantener los buenos resultados obtenidos en el primer semestre de evaluación y sobre todo, cambiar de forma permanente nuestros hábitos en el manejo de inyectables, así como a animar a otros centros a hacer lo propio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/614 ===== ***

Nº de registro: 0614

Título
POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
MATAMALA GIMENO CARLOS, SEGURA LARA ANA MARIA, LEON MIGUEL PURIFICACION, BESER PUIG EUGENIO, GARCIA GARCIA PILAR, MARTIN ELENA ROBERTO, MIGUEL POSA JORGE, HERNANDEZ AVILA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLEL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0614

1. TÍTULO

POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

PROBLEMA

La eficacia y seguridad de la vía subcutánea (SC) está plenamente demostrada en la actividad clínica diaria, no solamente en el paciente en cuidados paliativos, donde se ha empleado más profusamente, sino también en muchas situaciones de urgencia que se presentan habitualmente durante la Atención Continuada. Pese a ello, se detecta en la práctica habitual una tendencia a emplear con mayor frecuencia otros accesos parenterales, como la vía intramuscular (IM) o la vía intravenosa (IV). En el caso de la primera, se trata de un acceso más doloroso y más expuesto a complicaciones (hematomas, abscesos, quistes...), estando relativamente contraindicado en pacientes anticoagulados o antiagregados (cada vez más numerosos), mientras que la vía IV requiere por un lado mayor destreza y experiencia, y por otro lado más tiempo de actuación y más empleo de material, siendo menos frecuentemente empleada en aquellos puntos de Atención Continuada (P.A.C.) en los cuales sólo hay un médico de guardia, y no personal de Enfermería. La lista de fármacos susceptibles de ser usados por vía SC es relativamente extensa, incluyendo muchos de los principios activos incluidos en el pedido de los Botiquines de Urgencias, aunque la experiencia nos muestra que esta vía es usada mucho menos de lo recomendable.

RESULTADOS ESPERADOS

- Potenciar el empleo de la vía SC en Atención Continuada en Atención Primaria.
- Reducir el empleo de otras vías parenterales, en especial la intramuscular (IM).
- Fomentar el conocimiento de aquellos fármacos de uso común susceptibles de ser usados por vía SC.
- Valorar la pertinencia de introducir en los botiquines de Urgencias otros fármacos administrables por vía SC.
- Reducir la yatrogenia derivada del empleo de accesos parenterales distintos de la vía SC.
- Población diana: toda aquella susceptible de ser atendida tanto en el centro como en domicilio, tanto en jornada laboral como en horario de Atención Continuada, y que precise de la administración de fármacos por vía parenteral.

MÉTODO

- Realización de sesiones clínicas de Equipo, con especial atención sobre los Médicos y Enfermeros de Atención Continuada.
- Revisión de la farmacología, indicaciones y pautas habituales de administración de los principales fármacos empleados por vía SC, con especial incidencia en los incluidos en los Botiquines de Urgencias.
- Creación de protocolos específicos para el empleo de cada fármaco.

INDICADORES

- Reducción en el empleo de vías parenterales, en especial la IM.
- Se evaluarán los registros en OMI de nuestros dos puntos de Atención Continuada a lo largo del año. Para ello, en el informe de Atención Continuada deberá quedar reflejada la administración de todo fármaco inyectado, y la vía de administración, en la casilla correspondiente.
- Se compararán los resultados con los datos recogidos a lo largo de 2017 y primer semestre de 2018.
- Se espera lograr una reducción progresiva en el empleo de la vía IM, que alcance al menos el 25 % en aquellos fármacos más comúnmente utilizados y recomendados por vía SC en las guías de práctica clínica.

DURACIÓN

- 1 de Mayo al 30 de Junio de 2018: período de información y sesiones formativas al personal del Centro.
- 1 de Julio de 2018: inicio del período de aplicación.
- Duración estimada: 2 años y medio (hasta el 31 de Diciembre de 2020).
- Periodicidad de revisión: semestral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0614

1. TÍTULO

POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS MATAMALA GIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VILLEL
· Localidad VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SEGURA LARA ANA MARIA
LEON MIGUEL PURIFICACION
BESER PUIG EUGENIO
GARCIA GARCIA PILAR
MARTIN ELENA ROBERTO
MIGUEL POSA JORGE
HERNANDEZ AVILA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los meses de Mayo y Junio de 2018 se realizaron sesiones clínicas formativas a los miembros del EAP de Villel, mediante presentación en formato powerpoint, que incluían la pertinencia del proyecto, objetivos a alcanzar y una revisión de la farmacología, indicaciones y pautas habituales de administración de los principales fármacos empleados por vía subcutánea (SC), con especial incidencia en los incluidos en los Botiquines de Urgencias. Se hizo especial hincapié sobre Médicos y Enfermeros de Atención Continuada, por ser quienes realizan durante más horas esta función. Se estableció qué fármacos de los habitualmente empleados por vía intramuscular (IM) eran susceptibles de ser empleados por vía subcutánea, y cuáles no eran intercambiables.

Simultáneamente, se llevó a cabo la revisión de las Agendas de Atención Continuada en OMI de los PACs de Villel (agendas de Medicina y Enfermería) y El Cuervo para evaluar las pautas habituales previas de empleo de fármacos parenterales y establecer una referencia para posteriormente poder comparar con los resultados obtenidos. Para ello, se revisaron todos los pacientes registrados en horario de Atención Continuada desde el 1 de Enero de 2017 al 30 de Junio de 2018 (18 meses), tanto atendidos en los PAC como en domicilio, lo que hemos denominado período pre-evaluación.

Posteriormente, se revisaron estas mismas agendas desde el 1 de Julio de 2018 hasta el 31 de Diciembre de 2019 (18 meses), para nuevamente evaluar el empleo de los fármacos por vía parenteral y establecer la comparación con el período previo

Semestralmente, se ha realizado la revisión de los datos obtenidos, que se han remitido al resto de miembros del Equipo y analizado conjuntamente, corrigiendo las deficiencias detectadas y aclarando las dudas surgidas.

El material elaborado es la presentación en powerpoint del proyecto, que se presentó en sesión clínica en el Centro de Salud y se envió a los correos corporativos de todos los miembros del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como indicadores, se analizaron las frecuencias relativas (porcentajes) de empleo de los diferentes fármacos en cada una de las vías parenterales (IM, SC e IV), así como las ratios de uso por vía IM dividido por vía SC. Los datos se han obtenido de los registros en OMI en las agendas de Atención Continuada de nuestros dos PACs en los períodos indicados (se revisó paciente a paciente) y el manejo de los mismos ha sido a través del programa Excel 2007.

En el período pre-evaluación (18 meses), se registraron un total de 212 inyectables en el grupo de fármacos considerados susceptibles de cambio de vía de administración, junto con una cifra casi idéntica (211) de inyectables vía IM en fármacos no intercambiables, siendo en este grupo los más empleados metilprednisolona (53,1%) y metamizol (28,9 %).

De los fármacos considerados intercambiables, el 78,8 % se habían administrado vía IM, el 13,2 % por vía IV y únicamente el 8,0 % por vía SC.

El fármaco intercambiable de vía IM a SC más empleado había sido la metoclopramida (68 de 212 = 32,07 %), con un índice de empleo IM / SC de 5,1 (41 vs 8). El ideal es aproximar este índice a 0. Por su frecuencia de uso, constituye el principal objetivo de mejora.

Los siguientes fármacos más empleados fueron tramadol y Buscapina® (ambos un 8 %), con ratios aún mayores a favor de la vía IM (12 a 1 en el tramadol, 14 a 2 en Buscapina® = 7,0).

Dadas las peculiaridades del diclofenaco, cuyo empleo por vía SC está menos extendido, se realizaron también los cálculos excluyéndolo, siendo entonces la cifra total de 120 y las frecuencias relativas de uso de 63,3 % por vía IM, 13,3 % por vía SC y 23,3 % por vía IV.

Posteriormente, se ha revisado el empleo de estos mismos fármacos desde el 1 de julio de 2018 al 31 de diciembre de 2019 (período de evaluación, otros 18 meses). Se administraron un total de 226 inyectables del grupo de fármacos considerados susceptibles de cambio de vía de administración, frente a 189 no intercambiables, fundamentalmente de nuevo metilprednisolona (52,4 %) y metamizol (34,4 %).

De estos 226 fármacos intercambiables, 82 (36,3 %) se administraron vía IM, frente a un 78,8 % en el período previo, lo cual supone una reducción a menos de la mitad. La vía SC fue la elegida en 98 de los casos (43,4 %), más de cinco veces por encima de su empleo previo (8,0 %) y superando incluso a la vía IM. Si prescindimos del diclofenaco, la vía SC fue tres veces más empleada que la IM (68,3 %, frente a 22,5 %). La vía IV se empleó en el 38,3 % restante de los casos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0614

1. TÍTULO

POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

En el caso concreto del diclofenaco, pese a la menor experiencia de su empleo por vía SC, se incrementó significativamente su empleo por esta vía, pasando de un 1,1 % a un 22,5 % (16 de 55), pasando la ratio vía IM / vía SC de 91 a 3,44, sin haber tenido constancia hasta la fecha de reacciones adversas locales en número significativo.

Analizando por separado, la metoclopramida se empleó con mucha mayor frecuencia por vía SC que IM (56,8 % vs 12,2 %, siendo el 31,1 % restante por vía IV), con una ratio IM/SC de 0,21 (previa 5,1). Lo mismo sucedió con el tramadol (ratio IM/SC 0,36, anteriormente 12) o la Buscapina® (ratio IM/SC 0,15, previa 7). Otros fármacos intercambiables apenas han sido empleados.

Ya en el primer semestre de evaluación (reflejado en la memoria de seguimiento en 2019), se alcanzó sobradamente el objetivo inicial de reducir el empleo de la vía IM en al menos un 25 % en el grupo de fármacos intercambiables. Durante el período posterior, han mejorado aún más las cifras, con especial relevancia en el caso de la metoclopramida, en la que se ha pasado de 5 inyectables IM por cada 1 SC a la situación inversa, siendo éste además uno de los fármacos de uso más habitual en Atención Continuada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusión, la vía SC, de amplia experiencia en el manejo de pacientes en Cuidados Paliativos, es perfectamente válida para su uso en pacientes de Atención Continuada en Atención Primaria como sustituto de la vía IM en muchos fármacos de empleo habitual. Frente a ésta, presenta numerosas ventajas, como un menor índice de complicaciones (iatrogenia), una administración más sencilla y mucho menos dolorosa, y una velocidad de absorción similar. Es mucho más segura que la vía IM en pacientes anticoagulados y antiagregados, cada vez más numerosos.

En los casos en que el acceso venoso no sea imprescindible, frente a la vía IV tiene como ventajas su sencillez de empleo, que no requiere adiestramiento y precisa mucho menos tiempo (a tener en cuenta en los PAC que carecen de personal de Enfermería), así como su menor coste, siendo su biodisponibilidad similar. No obstante, el principal objetivo es la progresiva disminución de la vía IM, más que de la IV.

En el caso del diclofenaco, y dada su gran frecuencia de empleo, cabe insistir en que la vía SC es una alternativa perfectamente válida a la vía IM en pacientes de riesgo, como anticoagulados, antiagregados o con contraindicación de otro tipo al empleo de inyectables profundos, o simplemente en pacientes que rechacen esa vía por dolorosa. Con este fármaco, en todo caso se aconseja no exceder la dosis de 2 cc (50 mg), o bien repartir la dosis total de la ampolla (3 cc, 75 mg) en dos puntos de inoculación separados.

Del análisis mes a mes de los datos, hemos observado que, como era de esperar, los resultados durante los primeros meses fueron los peores, consecuencia lógica del proceso de cambio de los hábitos de trabajo, siendo la mejoría progresiva hasta un máximo durante el primer semestre de 2019 (resultados presentados en la Jornadas de Calidad del Salud en junio de 2019), que se mantuvo sin cambios significativos a la largo del siguiente semestre. Han resultado especialmente beneficiosas las reuniones de Equipo para corregir las deficiencias detectadas.

Dados los buenos resultados alcanzados durante estos 18 meses y al no existir ya un margen de mejora significativo alcanzable con el tiempo, se decide poner fin al Proyecto con fecha 31 de Diciembre de 2019.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto fue seleccionado como Excelente en las XVII Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud, del Servicio Aragonés de Salud, celebradas en Teruel en junio de 2019, y presentado mediante exposición oral más debate posterior.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/614 ===== ***

Nº de registro: 0614

Título
POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
MATAMALA GIMENO CARLOS, SEGURA LARA ANA MARIA, LEON MIGUEL PURIFICACION, BESER PUIG EUGENIO, GARCIA GARCIA PILAR, MARTIN ELENA ROBERTO, MIGUEL POSA JORGE, HERNANDEZ AVILA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLEL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0614

1. TÍTULO

POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

Otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La eficacia y seguridad de la vía subcutánea (SC) está plenamente demostrada en la actividad clínica diaria, no solamente en el paciente en cuidados paliativos, donde se ha empleado más profusamente, sino también en muchas situaciones de urgencia que se presentan habitualmente durante la Atención Continuada. Pese a ello, se detecta en la práctica habitual una tendencia a emplear con mayor frecuencia otros accesos parenterales, como la vía intramuscular (IM) o la vía intravenosa (IV). En el caso de la primera, se trata de un acceso más doloroso y más expuesto a complicaciones (hematomas, abscesos, quistes...), estando relativamente contraindicado en pacientes anticoagulados o antiagregados (cada vez más numerosos), mientras que la vía IV requiere por un lado mayor destreza y experiencia, y por otro lado más tiempo de actuación y más empleo de material, siendo menos frecuentemente empleada en aquellos puntos de Atención Continuada (P.A.C.) en los cuales sólo hay un médico de guardia, y no personal de Enfermería. La lista de fármacos susceptibles de ser usados por vía SC es reactivamente extensa, incluyendo muchos de los principios activos incluidos en el pedido de los Botiquines de Urgencias, aunque la experiencia nos muestra que esta vía es usada mucho menos de lo recomendable.

RESULTADOS ESPERADOS

- Potenciar el empleo de la vía SC en Atención Continuada en Atención Primaria.
- Reducir el empleo de otras vías parenterales, en especial la intramuscular (IM).
- Fomentar el conocimiento de aquellos fármacos de uso común susceptibles de ser usados por vía SC.
- Valorar la pertinencia de introducir en los botiquines de Urgencias otros fármacos administrables por vía SC.
- Reducir la yatrogenia derivada del empleo de accesos parenterales distintos de la vía SC.
- Población diana: toda aquella susceptible de ser atendida tanto en el centro como en domicilio, tanto en jornada laboral como en horario de Atención Continuada, y que precise de la administración de fármacos por vía parenteral.

MÉTODO

- Realización de sesiones clínicas de Equipo, con especial atención sobre los Médicos y Enfermeros de Atención Continuada.
- Revisión de la farmacología, indicaciones y pautas habituales de administración de los principales fármacos empleados por vía SC, con especial incidencia en los incluidos en los Botiquines de Urgencias.
- Creación de protocolos específicos para el empleo de cada fármaco.

INDICADORES

- Reducción en el empleo de vías parenterales, en especial la IM.
- Se evaluarán los registros en OMI de nuestros dos puntos de Atención Continuada a lo largo del año. Para ello, en el informe de Atención Continuada deberá quedar reflejada la administración de todo fármaco inyectado, y la vía de administración, en la casilla correspondiente.
- Se compararán los resultados con los datos recogidos a lo largo de 2017 y primer semestre de 2018.
- Se espera lograr una reducción progresiva en el empleo de la vía IM, que alcance al menos el 25 % en aquellos fármacos más comúnmente utilizados y recomendados por vía SC en las guías de práctica clínica.

DURACIÓN

- 1 de Mayo al 30 de Junio de 2018: período de información y sesiones formativas al personal del Centro.
- 1 de Julio de 2018: inicio del período de aplicación.
- Duración estimada: 2 años y medio (hasta el 31 de Diciembre de 2020).
- Periodicidad de revisión: semestral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0614

1. TÍTULO

POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0834

1. TÍTULO

USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE JORGE MIGUEL POSA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VILLEL
· Localidad VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATAMALA GIMENO CARLOS
GARCIA GARCIA PILAR
MARTIN ELENA ROBERTO
BESER PUIG EUGENIO
LEON MIGUEL PURIFICACION
SEGURA LARA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar planteamos la situación de nuestra zona de salud, a la cual pertenecen 14 pueblos cuyas urgencias se atienden en el C.S. de Villel (10 pueblos) y en el PAC de El Cuervo (4 pueblos), con lo que hablamos de una zona con mucha dispersión de población y donde si hay una emergencia que atender en una de las poblaciones que no sean Villel o El Cuervo hay que desplazarse en coche con la demora en la atención correspondiente que en casos de parada cardiorrespiratoria puede resultar fatal dada la relación (inversamente proporcional) entre el tiempo transcurrido hasta el inicio del tratamiento y la supervivencia.

En varios pueblos de nuestra zona de salud contamos con desfibriladores en lugares públicos, por lo que en una emergencia donde se puedan usar los mismos es de vital importancia el inicio del tratamiento del paciente hasta que lleguemos los profesionales del Centro de Salud o del PAC, lo que aumentaría notablemente la posibilidad de supervivencia de la/las personas afectadas.

Concretamente contamos con desfibriladores en las localidades de Riodeva y Camarena de la Sierra, y en el futuro también tendremos en las poblaciones de Valacloche y El Cuervo (este en una zona distinta al consultorio donde se atienden las urgencias donde ya hay un desfibrilador).

En la reunión del Consejo de Salud de zona del año 2018 que se llevó a cabo en septiembre, aprovechando la presencia de varios alcaldes de la zona, expusimos este proyecto y los beneficios que puede proporcionar a la población intentando hacer ver a todos los presentes la importancia de poder aprovechar este recurso si se presenta una emergencia vital así como la importancia de la implicación de los vecinos a la hora de formarse para poder ser el primer y tan importante eslabón de esta cadena como es la atención temprana de la emergencia.

Posteriormente, durante los últimos meses de 2018 y principio de 2019, llevamos a cabo varias sesiones formativas en las poblaciones de Riodeva y Camarena de la Sierra en las que se formó a la población asistente (la mayoría habían asistido ya a sesiones de formación que las empresas instaladoras de los desfibriladores habían impartido en el momento que las instalaron en zonas de acceso público en estas poblaciones) incidiendo en los eslabones de la cadena de supervivencia que pueden llevarse a cabo por parte de personal no sanitario: reconocimiento precoz de la emergencia (saber reconocer una parada cardiorrespiratoria) y aviso a los servicios de emergencia, RCP básica precoz y desfibrilación precoz. En estas sesiones teorico-prácticas se usó material audiovisual explicativo de situaciones de emergencia y se instruyó en las diferentes técnicas usadas desde el reconocimiento del paciente hasta cómo hacer una RCP efectiva y cómo usar el desfibrilador, además de instruir en otras emergencias como la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño y cómo poner a un paciente en posición de seguridad, así como contestar las dudas que surgieron a los asistentes. Asimismo se entregó a los asistentes material escrito con imágenes y esquemas de actuación que describían con sencillez como actuar en caso de emergencia, el cual fue recopilado por los miembros del equipo.

Por último, el objetivo es ir repitiendo estas sesiones formativas periódicamente (cada 2 años, pero si la demanda es mayor en periodos más cortos) en los pueblos que cuenten con este recurso para refrescar conocimientos a los vecinos que ya han recibido esta formación así como formar a nuevos vecinos que no la hayan recibido y quieran hacerlo, ya que es importante que haya un porcentaje alto de la población que esté entrenada y que ante una posible emergencia pueda atender con rapidez la misma en primera instancia hasta la llegada de personal especializado con el beneficio que esto puede suponer en la supervivencia de la/las personas afectadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El principal resultado que pretendemos alcanzar es que haya en estos pueblos de nuestra zona de salud personas que estén formadas en uso del desfibrilador y que tengan nociones básicas de primeros auxilios para que en el caso de que suceda una emergencia esta pueda ser atendida con rapidez en un primer momento mientras el personal sanitario nos desplazamos hasta el lugar de la misma. También buscamos concienciar a la población (no solo a los voluntarios sino a todos los habitantes) de la importancia de contar con este recurso y lo beneficioso de saber utilizarlo, involucrando a cuantos más vecinos mejor en esta actividad.

Tras realizar las charlas, en las poblaciones en las que contamos con desfibrilador en lugares públicos que están accesibles a la población para su uso en caso de emergencias, el número de vecinos formados es de 15 en Riodeva (con un rango de edad que va desde los 20 años de la persona más joven a los 82 de la más mayor) y de 5 en Camarena de la Sierra(en esta localidad el rango de edad de las personas formadas va de los 30 a los 53 años), siendo la población censada de 116 habitantes en Riodeva y de 85 en Camarena respectivamente, con lo que alcanzamos en ambos casos un porcentaje entre un 5 y un 10% que es lo que buscábamos al comenzar el proyecto. Hasta el momento actual, no se ha usado el DEA en ninguna de las poblaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0834

1. TÍTULO

USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusión, aunque afortunadamente no ha sido necesario el uso de estos desfibriladores en nuestra zona de salud hasta el momento, hay que resaltar que el poder contar con estos dispositivos en lugares accesibles y que haya vecinos formados en su uso y en la realización de RCP básica puede suponer un notable aumento de las posibilidades de supervivencia para un paciente que sufra una emergencia vital ya que la rapidez en la atención es básica y al encontrarnos en una zona de salud con tanta dispersión de población la llegada de los profesionales hasta el lugar donde ocurra la emergencia se va a demorar inevitablemente dadas las distancias a recorrer hasta llegar a las distintas poblaciones.

También resaltar que estas sesiones formativas se repetirán cada dos años, intentando captar más población nueva, haciendo énfasis en que es importante que no sólo sea gente joven la que se forme, sino de todo rango de edad ya que los jóvenes pueden desplazarse fuera del pueblo bien sea por motivos laborales o de ocio y que no haya nadie en la población que haya recibido formación para hacer esa primera atención temprana.

Por último, tan pronto como los nuevos desfibriladores estén disponibles en las poblaciones de Valacloche y El Cuervo, realizaremos sesiones de formación como las ya realizadas en Riodeva y Camarena para continuar con el proyecto (está previsto que ya estén disponibles en lugares públicos y accesibles de estas poblaciones en los próximos meses).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/834 ===== ***

Nº de registro: 0834

Título
USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL

Autores:
MIGUEL POSA JORGE, MATAMALA GIMENO CARLOS, GARCIA GARCIA PILAR, MARTIN ELENA ROBERTO, BESER PUIG EUGENIO, LEON MIGUEL PURIFICACION, SEGURA LARA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLEL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA ZONA DE SALUD DONDE TRABAJAMOS LA FORMAN 14 PUEBLOS, CUYAS URGENCIAS SE ATIENDEN EN EL C.S. VILLEL(10 PUEBLOS) Y EN EL PAC DE EL CUERVO(4 PUEBLOS), CON LO QUE SI HAY ALGUNA URGENCIA A DOMICILIO QUE NO SEA EN LAS LOCALIDADES DONDE ESTÁN EL C.S. O EL PAC HAY QUE DESPLAZARSE EN COCHE CON LA DEMORA QUE ESTO CONLLEVA.
EN VARIOS DE LOS PUEBLOS PERTENECIENTES A LA ZONA DE SALUD DE VILLEL HAY DESFIBRILADORES EN LUGARES PÚBLICOS(GRACIAS A AYUDAS EUROPEAS O SUFRAGADOS POR EL PROPIO AYUNTAMIENTO), POR LO QUE EN UNA EMERGENCIA DONDE PUEDAN USARSE LOS MISMOS ES DE VITAL IMPORTANCIA QUE PUEDA INICIARSE UNA REANIMACIÓN POR PARTE DE LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD HASTA QUE LLEGUEMOS LOS PROFESIONALES, AUMENTANDO NOTABLEMENTE LA POSIBILIDAD DE SUPERVIVENCIA DE LA/LAS PERSONAS AFECTADAS.
ASÍ, FORMANDO Y RECICLANDO PERIÓDICAMENTE A LA POBLACIÓN VOLUNTARIA PODREMOS ASEGURAR UNA BUENA Y RÁPIDA ATENCIÓN SI SE DA UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA VITAL QUE PUEDA REVERTIRSE CON LA AYUDA DE ESTOS APARATOS DISPONIBLES.

RESULTADOS ESPERADOS
PRINCIPALMENTE ESPERAMOS QUE CON EL ADIESTRAMIENTO DE LA POBLACIÓN PUEDAN SER ATENDIDAS DE FORMA RÁPIDA LAS EMERGENCIAS VITALES QUE AL TRABAJAR EN UNA ZONA RURAL CON EL CONSIGUIENTE DESPLAZAMIENTO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SI NO NOS ENCONTRAMOS EN EL LUGAR QUE SE PRODUCEN LAS MISMAS, CONLLEVAN UNA DEMORA QUE PUEDE COMPROMETER EL PRONÓSTICO DEL PACIENTE AFECTADO.
TAMBIÉN ESPERAMOS CONCIENCIAR A LA POBLACIÓN(TANTO VOLUNTARIOS COMO AL RESTO) DE LA IMPORTANCIA DE PODER TENER ESTE RECURSO DE CARA A MEJORAR EL PRONÓSTICO VITAL DE LOS POSIBLES AFECTADOS QUE VIVEN EN LAS POBLACIONES EN QUE DISPONEMOS DE LOS DEA, ADEMÁS DE INVOLUCRAR CADA VEZ A MÁS PERSONAS PARA QUE SE FORMEN Y SEAN CAPACES DE HACER UNA RCP Y MANEJAR LOS DEA.

MÉTODO
SE HARÁN SESIONES PRÁCTICAS DE LA INTERVENCIÓN DE POBLACIÓN NO SANITARIA ANTE UNA EMERGENCIA VITAL(AVISAR A

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0834

1. TÍTULO

USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL

EMERGENCIAS PARA PEDIR AYUDA, EVALUAR AL PACIENTE, MANEJO DEL DEA Y RCP BÁSICA) EN LAS POBLACIONES QUE DISPONGAN DE ESTE RECURSO.

ESTAS SESIONES SE REPETIRÁN PERIÓDICAMENTE (CADA 2 AÑOS) INTENTANDO QUE CADA VEZ HAYA MÁS VOLUNTARIOS NUEVOS INVOLUCRADOS.

ADEMÁS, LOS VOLUNTARIOS DEBERÁN SER PERSONAS QUE RESIDAN Y SE ENCUENTREN HABITUALMENTE EN LA POBLACIÓN, Y QUE SI DEJAN DE ESTAR DISPONIBLES(QUE EMIGREN A OTRA POBLACIÓN O POR LAS CIRCUNSTANCIAS QUE SEAN NO SE ENCUENTREN EN EN LA POBLACIÓN) SEAN REEMPLAZADOS POR OTROS CIUDADANOS PARA ESTA FUNCIÓN Y MANTENER UN NÚMERO ESTABLE DE VOLUNTARIOS (EJ. SI SOLO FORMAMOS GENTE JOVEN QUE TRABAJA FUERA DEL PUEBLO CORREMOS EL RIESGO QUE EN EL MOMENTO QUE HAYA UNA EMERGENCIA, NO HAYA NADIE QUE HAYA SIDO FORMADO EN EL MANEJO DEL DEA).

INDICADORES

FORMAREMOS A HABITANTES DE LAS LOCALIDADES QUE PODRÁN HACER UNA PRIMERA INTERVENCIÓN HASTA QUE LLEGUEN LOS PROFESIONALES SANITARIOS, ASEGURANDO LA FORMACIÓN DE UN NÚMERO ESTABLE DE LOS MISMOS (POR EJEMPLO QUE UN 5-10% DE LA POBLACIÓN TENGA ESTAS NOCIONES BÁSICAS Y QUE SEAN PERSONAS QUE HABITUALMENTE -AL MENOS UNO DE ELLOS EN UN MOMENTO DADO-SE ENCUENTREN EN EL PUEBLO) QUE PUEDAN PRESTAR LA ATENCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA.

HAREMOS UN RECICLAJE BIANUAL DE SUS CONOCIMIENTOS, Y FORMAREMOS NUEVAS PERSONAS SI HAY VOLUNTARIOS QUE YA NO PUEDEN DESARROLLAR ESTA FUNCIÓN.

ASÍ, TENDREMOS REGISTRADOS A LOS HABITANTES QUE ESTÉN FORMADOS (UN MÍNIMO DE UN 5% Y UN MÁXIMO DE UN 10% DE LA POBLACIÓN, YA QUE SON PUEBLOS PEQUEÑOS CON POBLACIONES ENVEJECIDAS), ASÍ COMO SI SE HA LLEVADO A CABO ALGUNA ACTUACIÓN POR PARTE DE LOS MISMOS.

DURACIÓN

DURACIÓN DE 2 AÑOS, CON REPETICIÓN DE SESIONES PRÁCTICAS /DE RECICLAJE BIANUALMENTE POR PARTE DE LOS MIEMBROS DEL PROYECTO EN LAS POBLACIONES QUE CUENTEN CON DEA.

COMENZAR A FINALES DE JUNIO 2018 Y FINALIZACIÓN/REVISIÓN EN JUNIO 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 - 2019/0500

1. TÍTULO

INTERVENCION DE ENFERMERIA PARA MEJORAR LA COBERTURA ANALITICA DE PACIENTES INMOVILIZADOS O LIMITADOS PARA DESPLAZARSE DE LAS POBLACIONES RURALES Y DESPOBLADAS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLEL

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GARCIA GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLEL
· Localidad VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BESER PUCH EUGENIO
LEON MIGUEL PURIFICACION
MARTIN ELENA ROBERTO
SEGURA LARA ANA
MATAMALA GIMENO CARLOS
MIGUEL POSA JORGE
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el mes de marzo de 2019 se realizaron varias sesiones clínicas con el fin de informar -y organizar- a los miembros del EAP de Villel de las características del proyecto, haciendo hincapié en la necesidad de colaboración de todo el personal para lograr el objetivo propuesto: "dispensar de forma voluntaria pero, con la implicación de todos, una mejor cobertura analítica a los pacientes inmovilizados o con dificultad para desplazarse a su Centro de Salud."

El 7 de marzo se realizó la primera sesión, en la que se unificaron los criterios de inclusión de los pacientes para su integración en el proyecto, teniendo en cuenta aspectos como la capacidad de movilidad del paciente, la disponibilidad y dependencia familiar, la posibilidad de transporte propio o público al Centro de Salud, así como la distancia y el tiempo de desplazamiento al mismo.

Se acuerda confeccionar un listado -entre el médico y el enfermero responsable de cada cupo- de todos los pacientes susceptibles de inclusión en el proyecto, personalizando los criterios y teniendo en cuenta que en las localidades con un tiempo de desplazamiento inferior o igual a 15 minutos (Cascañe y Villastar) la extracción a los pacientes inmovilizados se intentará realizar por el enfermero responsable del cupo el mismo día de las extracciones en el Centro, consiguiendo así rentabilizar recursos al ser transportada la muestra por la misma empresa de transporte.

El 27 de marzo realizamos otra sesión para informar de los listados confeccionados de pacientes para realizar las extracciones en la población de origen. Se decide que cada enfermero debe informar a los pacientes seleccionados del alcance del Proyecto, así como de consensuar el día y las condiciones para realizar dicha extracción. Se determina, previo asesoramiento y de conformidad con el personal responsable de laboratorio del Hospital Obispo Polanco, avisar telefónicamente al servicio del día convenido para la extracción y posterior transporte de las muestras, así como de sus condiciones de traslado; para ello se decide comprar para el Centro una nevera portátil del tamaño adecuado para el volumen de las muestras, que irán perfectamente dispuestas en una gradilla, recubierta de papel absorbente y bolsa de plástico para evitar fugas, además de ir refrigerada con placas de hielo. En abril se inician las primeras extracciones, conviniendo realizar sesiones trimestrales para valorar la evolución del proyecto.

El 13 de junio se realizó sesión clínica para valorar evolución del proyecto y las incidencias surgidas. Se observó que se habían realizado la mayor parte de las analíticas ordinarias de los planes personales (Hipertensión arterial, Diabetes, Hipercolesterolemia, Paciente Crónico Complejo etc...) de los pacientes seleccionados. Durante esta sesión se informó de las incidencias acontecidas el 10 de junio 2019 cuando, al realizar la entrega de las muestras en el laboratorio, nos informan que dicho servicio ha comenzado a regirse por las normas ISO y, por ello, se deben cumplir unos criterios específicos; concretamente en nuestro proyecto repercute al tiempo transcurrido desde la realización de la extracción de la sangre hasta la entrega de la muestra en el laboratorio, no debiendo superarse un intervalo de tiempo superior a dos horas. Con motivo de esta modificación, posponemos las extracciones pendientes al último trimestre del año, modificando su organización - hasta este momento se pasaba la consulta adecuando la agenda con las extracciones previstas de realizar, consulta programada y posible demanda, para dar el mejor servicio posible-, ya que solo disponemos de un día de consulta de enfermería a la semana en cada una de las poblaciones más alejadas. La dispersión geográfica y el mal estado de conservación de las carreteras afecta de forma significativa, incrementando el tiempo invertido en el transporte de las muestras al laboratorio, sobre todo en las poblaciones más dispersas (66 km hasta Teruel). Por ello se decide que para poder terminar el proyecto el último trimestre del año, solo se realizarán las extracciones programadas el día de consulta de enfermería para poder cumplir con los requisitos de las normas ISO en referencia al tiempo transcurrido desde la extracción hasta la entrega en laboratorio.

En el periodo vacacional, se interrumpió el proyecto con el fin de no implicar al personal contratado para cubrir las vacaciones, dado que dicho proyecto está basado en el voluntariado e involucración personal del EAP de Villel.

El 1 de octubre se reanudó el proyecto con las modificaciones referidas e informando previamente a los pacientes de los cambios en la agenda. Además, se les repartió una encuesta de satisfacción para evaluar el proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0500

1. TÍTULO

INTERVENCION DE ENFERMERIA PARA MEJORAR LA COBERTURA ANALITICA DE PACIENTES INMOVILIZADOS O LIMITADOS PARA DESPLAZARSE DE LAS POBLACIONES RURALES Y DESPOBLADAS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLEL

El 11 de diciembre se realizó la última sesión para valorar la efectividad del proyecto y establecer conclusiones.

No decimos que vaya a ser fácil, pero, sin duda habrá merecido la pena.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto comprende 11 poblaciones del área de salud de Villel e incluye un total de 40 pacientes, materializándose (entre los meses de abril y noviembre de 2019) la extracción en su localidad a un total de 36 pacientes, lo que supone una media de 7 extracciones al mes (exceptuando julio, agosto y septiembre). Desde la elaboración del listado hasta la programación de la extracción, se excluyeron a 4 pacientes debido a un cambio del lugar de residencia, lo que supone el cumplimiento de un 90% del indicador de evaluación, (extracciones realizadas a pacientes seleccionados / número total de pacientes seleccionados). Un 3,27% aproximadamente del total de habitantes de la zona de salud de Villel.

La edad media fue de 78 años desviación típica de ± 15 , el rango de edades fue de 40 a 104 años. El 47% fueron mujeres y el 53% fueron hombres. Los porcentajes de extracciones realizadas por poblaciones fueron: Alobras 22,2%, Tormón 13,9%, Camarena de la Sierra 16%, El Cuervo 11%, Riodeva 11%, Veguilla de la Sierra 8,3%, Mas de la Cabrera 2,8%, Libros 5,6%, Tramacastiel 2,8%, Cubla 2,8%, Valacloche 2,8%. Sorprendentemente en las poblaciones más alejadas del Centro de Salud es donde mayor número de extracciones se realizaron. Kilómetros acumulados por poblaciones y extracciones realizadas: Alobras 49 km al Centro de Salud y requiere una media de 55 minutos para realizar el trayecto (784 km acumulados), Tormon 43km y 46 minutos en realizar el trayecto (430 km acumulados), Veguillas de la Sierra 54km y 60 minutos de desplazamiento (324 km acumulados), El Cuervo 32km y 35 minutos de desplazamiento (256km acumulados), Camarena de la Sierra 22km y 25 minutos de desplazamiento (252km acumulados), Riodeva 25km y 30 minutos desplazamiento (200km acumulados), Mas de la Cabrera 12km y 18 minutos desplazamiento (24km acumulados), Tramacastiel 15km y 20 minutos desplazamiento (30km acumulados), Libros 10km y 15 minutos desplazamiento (40 km acumulados), Valacloche 11km y 17 minutos desplazamiento (22km acumulados), Cubla 12km y 18 minutos desplazamiento (24km acumulados). Supuso un ahorro acumulado para los pacientes de 2.386km (69,27km por paciente).

En lo referente a la última analítica previa al proyecto, la media fue de 2.62 años la desviación estándar 2.65 y el máximo fue de 9 años (2 pacientes), de no haber sido por el proyecto la demora en realización de analítica hubiera sido indudablemente mayor.

Se recogieron un total de 55 encuestas de satisfacción y problemática de transporte cumplimentadas, que reflejaron que el 89.09% de las poblaciones no dispone de transporte público; del 10.91% que dispone de transporte público solo el 1.82% es compatible con el horario de extracciones, el 67.27% de los pacientes no disponen de medio de transporte propio y de estos pacientes el 30.09% además no dispone de familiares que puedan facilitarle el desplazamiento.

Al 65.45% les supone una problemática trasladarse a su Centro de Salud de referencia, el 56.36% ha tenido dificultades para realizar las extracciones por problemas de movilidad o transporte y el 61.82% no ha podido realizarse alguna vez analíticas por problemas de movilidad o transporte.

Respecto al grado de satisfacción de los pacientes con el servicio de extracciones en su propia localidad, fue valorado como "poco satisfecho- satisfecho - muy satisfecho"; en relación con el interés y amabilidad del personal, el 93.75% de los pacientes manifiestan estar muy satisfechos y el 6.25% satisfechos; en cuanto a la confianza que le transmite el profesional, el 100% de los casos muy satisfechos; sobre la preparación del profesional, el 31.25% satisfechos y el 68.75% muy satisfechos; a propósito de la utilidad del servicio prestado, el 80.75% muy satisfechos y el 19,25% satisfechos; sobre la dotación de material para realizar la extracción, el 56.25% muy satisfechos y el 43.75% satisfechos; acerca de la comodidad en la realización, el 70.25% muy satisfechos y el 29,75% satisfechos; considerando el tiempo invertido en la realización, el 56.25% muy satisfechos y el 43.75% satisfechos; la forma de desarrollo de la actividad, el 50% satisfechos y el 50% muy satisfechos; respecto a la mejora de la calidad asistencial, el 50% muy satisfecho y el 50% satisfechos; en lo que concierne al grado de satisfacción general con el servicio prestado, el 80% muy satisfecho y el 20% satisfechos. Los resultados de las encuestas, contestadas anónimamente, reflejan de forma objetiva el agradecimiento de los pacientes, tantas veces expresado en la consulta a los profesionales, por su involucración personal para llevar a cabo este proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de las extracciones de analíticas en las diferentes poblaciones permitió mejorar la cumplimentación de los planes personales (Diabetes, Hipertensión, Hipercolesterolemia, Crónico Complejo, etc.), así como la actualización de la vacunación del adulto; todo ello gracias a la realización de serologías (Varicela, Hepatitis). Pero, sobre todo, se ha conseguido que los pacientes de las poblaciones con mayor problemática para desplazarse, es decir, aquéllas más alejadas de su Centro de referencia y más despobladas, sientan que ser menos no resta derechos.

Por un lado, es importante insistir en las dificultades encontradas para realizar los desplazamientos desde las poblaciones más alejadas y hacer entrega de las muestras extraídas dentro del intervalo de tiempo recomendado, debido a lo accidentado del terreno y el mal estado de conservación de las carreteras que, muy a nuestro pesar, incrementa considerablemente el tiempo invertido en el desplazamiento. Por otro lado, fueron estas dificultades una de las causas que motivaron el planteamiento del proyecto.

Por tanto, los resultados obtenidos evidencian que la realización de las extracciones en las poblaciones a los pacientes seleccionados y el posterior transporte de las muestras al laboratorio, ha sido posible gracias a la implicación personal, voluntariedad y buena predisposición del EAP de Villel, a las características

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0500

1. TÍTULO

INTERVENCION DE ENFERMERIA PARA MEJORAR LA COBERTURA ANALITICA DE PACIENTES INMOVILIZADOS O LIMITADOS PARA DESPLAZARSE DE LAS POBLACIONES RURALES Y DESPOBLADAS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLEL

particulares de la zona de salud, al volumen de pacientes selectos (36) y a su distribución gradual durante 5 meses, hecho que no ha supuesto un aumento significativo en las cargas de trabajo en laboratorio. En definitiva, es necesario comprender las dificultades a las que se enfrentan los habitantes del medio rural donde, la gestión más sencilla - una simple llamada de teléfono, coger el autobús o ir a comprar el pan- puede ser misión imposible, por no tener cobertura o no disponer de transporte público ni de panadería... y, todo ello unido a un rango de edad en que lo difícil se puede convertir en imposible. Hablamos de inteligencia emocional o interpersonal, de empatía, etc...sin darnos cuenta que, a veces, carecemos de la capacidad de "ponernos en la piel del otro"; quizá sea, para comprender una situación concreta y ajena, sea necesario vivirla en persona. Y eso es lo que hacemos los profesionales sanitarios de las zonas rurales: "vivir en persona", "caminar juntos", llevando a cabo la función asistencial de nuestra profesión sin olvidar su lado humano, intentando implicarnos en el territorio desde el sentido común, el compromiso y la conexión afectiva con un entorno y unos pacientes que tan poco nos demandan y tanto nos agradecen

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/500 ===== ***

Nº de registro: 0500

Título
INTERVENCION DE ENFERMERIA PARA MEJORAR LA COBERTURA ANALITICA DE PACIENTES INMOVILIZADOS O LIMITADOS PARA DESPLAZARSE DE LAS POBLACIONES RURALES Y DESPOBLADAS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLEL

Autores:
GARCIA GARCIA MARIA PILAR, MARTIN ELENA ROBERTO, LEON MIGUEL PURIFICACION, BESER PUCH EUGENIO, SEGURA LARA ANA, MIGUEL POSA JORGE, MATAMALA GIMENO CARLOS, MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLEL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Realizar extracciones en pacientes inmovilizados
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La zona de salud de Villel es un claro ejemplo del abandono y despoblación que sufre la provincia de Teruel. Concentra una población donde la edad media de los municipios que se encuentran más alejados del Centro de Salud es muy elevada, lo que agrava el problema de la movilidad, debido tanto a la falta de independencia para coger el coche o desplazarse en transporte público (inexistente en la mayoría de los casos) como por lo accidentado del relieve y el mal estado de conservación de las carreteras que afecta negativamente al tiempo invertido en los desplazamientos. Estas poblaciones, ubicadas entre 15 y 50 km de distancia del Centro de Salud, se caracterizan por una demografía mínima -el número de habitantes en algunas no supera las 20 personas- siendo complicado el acceso y asistencia a dichos núcleos distantes entre sí, tanto para los responsables sanitarios (debemos atender simultáneamente a varias poblaciones) como para los habitantes, a quienes la distancia con su Centro de Salud se convierte en un obstáculo, en ocasiones, insuperable. Para los profesionales sanitarios extraer y cursar una simple analítica ordinaria para realizar el control y seguimiento de nuestros pacientes se puede convertir en una verdadera odisea dado que el calendario se limita a un día a la semana en un horario concreto para la extracción, recogida y transporte de las muestras. Tenemos pacientes que no disponen de medio de transporte o están inmovilizados, debiendo realizar la extracción en el domicilio; esto, en principio, no sería el problema, pero... ¿qué pasa con el transporte de las muestras para su posterior análisis?, ¿lo realiza un familiar? ¿Y si no lo hay? ¿Es el enfermer@ que realiza la extracción, dejando de pasar la consulta el que debe ocuparse de llevar las muestras antes de que las recoja el transportista? ¿Y si no llega a tiempo? Es una situación complicada y prácticamente inviable en muchos casos: La dispersión geográfica de algunas poblaciones no da tiempo material para desplazarse, realizar la extracción y volver al Centro antes de que recoja el transportista las muestras El kilometraje extra que debería hacer enfermería No se podría atender las consultas los días que se realicen extracciones porque el enfermer@ estaría la mitad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0500

1. TÍTULO

INTERVENCION DE ENFERMERIA PARA MEJORAR LA COBERTURA ANALITICA DE PACIENTES INMOVILIZADOS O LIMITADOS PARA DESPLAZARSE DE LAS POBLACIONES RURALES Y DESPOBLADAS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLEL

de la jornada en la carretera

Con esta situación enfermería se plantea mejorar la calidad asistencial a nuestros pacientes:

Para resolver el horario, lugar de recogida y transporte de muestras se contacta con la jefa de servicio de laboratorio, se le informa de la situación intentando encontrar una solución entre ambas partes

Se acuerda que enfermería asume el transporte de las muestras de forma VOLUNTARIA y siempre por beneficio del paciente al HOP avisando previamente por teléfono el día que vaya a realizar la extracción al laboratorio.

Selección e información de la población diana por cada enfermer@ a su cupo y organización de la extracción en el municipio el día que se pasa la consulta.

RESULTADOS ESPERADOS

Lograr que en los pacientes inmovilizados o limitados para desplazarse se realicen las analíticas correspondientes según sus planes personales

Favorecer la asistencia sanitaria en población anciana de las zonas rurales más despobladas y alejadas

Disponer de los datos necesarios para adaptar los tratamientos

Mejorar la comunicación y el trabajo conjunto entre Primaria y Laboratorio

MÉTODO

Reunión del EAP para informar del proyecto y resolver dudas que se les puedan plantear.

Cada enfermer@ informará en la consulta a los pacientes seleccionados sobre el proyecto que se realiza de forma VOLUNTARIA por cada profesional y esto no implica la obligatoriedad de otro profesional que realice el mismo trabajo.

Previo asesoramiento y consenso con el personal responsable de laboratorio se acuerda el modo de extracción, conservación y transporte de la muestra. Además, nos informan que las muestras conservadas en nevera son viables hasta 5h y que el servicio se presta a nuestra zona de Salud EXCLUSIVAMENTE por la coordinación y el volumen reducido de pacientes

Se acuerda avisar al laboratorio telefónicamente el día que se va a realizar la extracción y la hora de recepción en el mismo para su organización, se recogerán las muestras de lunes a viernes entregadas en sala de extracciones antes de las 14,15h.

Se realizará un cronograma para contabilizar las extracciones realizadas durante cada mes por profesional y población

INDICADORES

Número de extracciones realizadas en pacientes seleccionados/ Número total de pacientes seleccionados

Mejora en la cobertura analítica según sus planes personales en comparación con años anteriores

Encuesta de satisfacción a los pacientes

Sugerencias de mejoras de los pacientes

DURACIÓN

Finales de marzo reunión del EAP y selección población diana

1 al 15 abril inicio del proyecto

Revisiones trimestrales

Finalización del proyecto y análisis de los resultados en el mes de diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1192

1. TÍTULO

REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE SANTIAGO VALDEARCOS ENGUIDANOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP TERUEL
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de talleres de formación en espirometrías en los centros de salud del sector dirigidas a todos los profesionales sanitarios de los centros de salud, a través de actividades acreditadas.

El contenido de cada taller fue:

- 30 minutos. - Fundamentos de las espirometrías y manejo de los espirómetros
- 30 minutos. - Conceptos teóricos de la realización de las espirometrías
- 1 hora. - Realización práctica de la espirometría. Criterios de aceptación de las pruebas. Ejercicios de espirometrías con voluntarios
- 45 minutos. - Casos clínicos de espirometrías y pacientes
- 15 minutos. - Registro de espirometrías en OMI AP

Los talleres se realizaron en todos los EAPs desde el día 8 hasta el 31 Mayo del 2017

Fue solicitada y concedida la acreditación oficial por la Comisión Oficial de Acreditación de las Profesiones Sanitarias de 0,6 créditos.

Al mismo tiempo se revisaron todos los espirómetros de los centros de salud, procediéndose a solicitar la sustitución de aquellos que estaban obsoletos o averiados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% Espirómetros revisados y calibrados en el Sector: 100%

% Centros de Salud con taller de formación en realización de espirometrías e interpretación de las mismas: 100%
El total de profesionales que recibieron la formación fueron 96 médicos y 73 enfermeras

% Fumadores detectados (pacientes a los que se ha registrado que fuman), con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada: 3,5%

% Fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17 de Tabaquismo), con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada: 3,5%

% Fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17 de Tabaquismo), con intervención sobre tabaquismo REALIZADA: 35%

% Fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17 de Tabaquismo) y con intervención sobre tabaquismo realizada, a los que se ha realizado una espirometría: 10,1%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La situación de partida en el diagnóstico de EPOC, en el Sector de Teruel, es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se están desarrollando una serie de proyectos con objetivos comunes para mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores. Se pretende aumentar la realización de espirometrías para mejorar la detección de pacientes con EPOC.

Por todo ello, el punto de partida son los profesionales sanitarios implicados en el proceso, tanto de detección de fumadores y su posterior intervención, como la solicitud y realización de las espirometrías.

Por ello es muy relevante que dichos profesionales tengan adquiridas las competencias adecuadas para la realización e interpretación de espirometrías dentro de sus actividades asistenciales diarias.

Igualmente, dentro del plan de Calidad del SALUD, todos los centros de salud deben disponer de espirómetros, que deben contar con las revisiones y calibraciones adecuadamente actualizadas.

La conclusión más relevante a la vez que negativa, es que se están realizando un número mínimo de espirometrías en Atención Primaria en los pacientes fumadores, sobre la base que son el principal foco de detección de los pacientes EPOC.

Estos resultados además pueden hacerse extensibles al uso de espirometrías en general. Se ha realizado una completa difusión de la formación por todos los centros de salud, y dirigida a todos los componentes sanitarios de dichos centros.

Analizando pues dichos resultados, podemos concluir que hay una completa falta de concienciación por parte de los profesionales de los centros de salud en lo referente a la solicitud de espirometrías, reflejada al menos por el registro de las mismas en el programa OMI AP.

Se ha intentado solventar formando a las 2 partes implicadas en las espirometrías, la de la realización técnica y la de la interpretación. Por tanto, hay que seguir realizando esfuerzos en que la formación impartida sea efectiva, y ayude a aumentar las espirometrías, en pro y beneficio de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1192

1. TÍTULO

REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1192 ===== ***

Nº de registro: 1192

Título
REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

Autores:
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, GUILLEN LORENTE SARA, VICENTE MALLÉN JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

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

Tras los resultados en el último corte del acuerdo de Gestión 2016 y 2015, y teniendo en cuenta la baja prevalencia detectada o "efecto iceberg" en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, se ha planteado la realización de espirometrías a los pacientes fumadores en los cuales se ha realizado intervención sobre tabaquismo con el fin de aumentar la prevalencia de pacientes EPOC en nuestro Sector.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el porcentaje de espirómetros calibrados y activos en el Sector hasta el 100%.

Mejorar la formación en espirometrías, con una sesión por Centro de Salud, dirigida al menos a un profesional enfermero y a uno médico.

Mejorar la razón de prevalencia de EPOC en el Sector Teruel para ajustarnos al previsto por el estudio EPI-SCAN

MÉTODO

Verificación por mantenimiento de los aparatos de espirometría. Formación teórico-práctica de los EAP en grupos de trabajo subsectoriales
Evaluación de la realización de espirometrías en fumadores con intervención tabáquica a través de datos de OMI-AP.

INDICADORES

% Espirómetros revisados y calibrados en el Sector: LI: 80% LS: 99%

% CS con sesión de Formación en espirometría e interpretación de la misma: LI: 80% LS: 99%

% Fumadores con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada LI: 25% LS: 50%

DURACIÓN

Febrero 2017: Evaluación de los espirómetros en los EAP, presencia, verificación y calibración. Servicio Mantenimiento Sector Teruel.

Marzo-Abril 2017: Formación teórico práctica en realización, diagnóstico y registro de espirometrías. Evaluación de la satisfacción de los alumnos. Santiago Valdearcos.

Diciembre 2017: Evaluación a través de indicadores de OMI-AP. Sara Guillén y Joaquín Vicente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1192

1. TÍTULO

REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

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 - 2016/1192

1. TÍTULO

REALIZACION ESPIROMETRIAS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE SANTIAGO VALDEARCOS ENGUIDANOS

- Profesión MEDICO/A
- Centro DAP TERUEL
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de talleres de formación en espirometrías en los centros de salud del Sector dirigidas a todos los profesionales sanitarios de los centros de salud, a través de actividades acreditadas. El contenido de cada taller fue: 30 minutos (fundamentos de las espirometrías y manejo de los espirómetros), 30 minutos 8conceptos teóricos de la realización de las espirometrías., 1 hora (realización práctica de la espirometría, criterios de aceptación de las pruebas, ejercicios de espirometrías con voluntarios), 45 minutos (casos clínicos de espirometrías y pacientes), 15 minutos (registro de espirometrías en OMI-AP). Los talleres se realizaron en todos los EAPs. Fue solicitada y concedida la acreditación oficial por la Comisión Oficial de Acreditación de las Profesiones Sanitarias de 0.6 créditos. Al mismo tiempo se revisaron todos los espirómetros de los centros de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

%espirómetros revisados y calibrados en el Sector 100%
% centros de salud con taller de formación en realización de espirometrías e interpretación de las mismas 100%, El total de los profesionales que recibieron la formación fueron 90 médicos y 70 enfermeras.
%fumadores detectados (pacientes a los que se ha registrado que fuman9, con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada: 5%
% fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17de tabaquismo) con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada:5%
%fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17de tabaquismo) con intervención sobre tabaquismo realizada:35%
% fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17 de tabaquismo) y con intervención sobre tabaquismo realizada, a los que se ha realizado una espirometría:10%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La situación de partida en el diagnóstico de EPOC, en el Sector Teruel, es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se están desarrollando una serie de proyectos con objetivos comunes para mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores. Se pretende aumentar la realización de espirometrías para mejorar la detección de pacientes con EPOC. El punto de partida son los profesionales sanitarios implicados en el proceso, tanto de detección de fumadores y su posterior intervención, como la solicitud y la realización de las espirometrías. Es muy relevante que dichos profesionales tengan adquiridas las competencias adecuadas para la realización e interpretación de espirometrías dentro de sus actividades asistenciales diarias. Dentro del Plan de Calidad del SALUD, todos los centros de salud deben disponer de espirómetros, que deben contar con las revisiones y calibraciones adecuadamente actualizadas. La conclusión más relevante a la vez que negativa, es que se están realizando un número mínimo de espirometrías en Atención Primaria en los pacientes fumadores, sobre la base que son el principal foco de detección de los pacientes EPOC. Estos resultados pueden hacerse extensibles al uso de espirometrías en general. Se ha realizado una completa difusión de la formación por todos los centros de salud, y dirigida a todos los componentes sanitarios de dichos centros. Analizando dichos resultados, podemos concluir que hay una completa falta de concienciación por parte de los profesionales de los centros de salud en lo referente a la solicitud de espirometrías, reflejada al menos por el registro de las mismas en el programa OM-AP- Se ha intentado solventar esta situación formando a las dos partes implicadas en las espirometrías, las de la realización técnica y la de la interpretación. Por tanto, hay que seguir realizando esfuerzos en la formación impartida para que sea efectiva, y ayude a aumentar las espirometrías, en pro y beneficio de los pacientes. La mejora dependerá en gran medida del registro por parte de los profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1192 ===== ***

Nº de registro: 1192

Título
REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1192

1. TÍTULO

REALIZACION ESPIROMETRIAS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

Autores:

VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, GUILLEN LORENTE SARA, VICENTE MALLÉN JOAQUÍN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

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

Tras los resultados en el último corte del acuerdo de Gestión 2016 y 2015, y teniendo en cuenta la baja prevalencia detectada o "efecto iceberg" en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, se ha planteado la realización de espirometrías a los pacientes fumadores en los cuales se ha realizado intervención sobre tabaquismo con el fin de aumentar la prevalencia de pacientes EPOC en nuestro Sector.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el porcentaje de espirómetros calibrados y activos en el Sector hasta el 100%.

Mejorar la formación en espirometrías, con una sesión por Centro de Salud, dirigida al menos a un profesional enfermero y a uno médico.

Mejorar la razón de prevalencia de EPOC en el Sector Teruel para ajustarnos al previsto por el estudio EPI-SCAN

MÉTODO

Verificación por mantenimiento de los aparatos de espirometría. Formación teórico-práctica de los EAP en grupos de trabajo subsectoriales
Evaluación de la realización de espirometrías en fumadores con intervención tabáquica a través de datos de OMI-AP.

INDICADORES

% Espirómetros revisados y calibrados en el Sector: LI: 80% LS: 99%

% CS con sesión de Formación en espirometría e interpretación de la misma: LI: 80% LS: 99%

% Fumadores con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada LI: 25% LS: 50%

DURACIÓN

Febrero 2017: Evaluación de los espirómetros en los EAP, presencia, verificación y calibración. Servicio Mantenimiento Sector Teruel.

Marzo-Abril 2017: Formación teórico práctica en realización, diagnóstico y registro de espirometrías. Evaluación de la satisfacción de los alumnos. Santiago Valdearcos.

Diciembre 2017: Evaluación a través de indicadores de OMI-AP. Sara Guillén y Joaquín Vicente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0079

1. TÍTULO

CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENOS ESTREPTOCOCICIO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA PEREZ DIEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP TERUEL
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
VICENTE MALLÉN JOAQUÍN
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

• Presentación de los Acuerdos de Gestión Clínica (ACG) 2018 (Marzo 2018).
Difusión de los Proyectos del Contrato-Programa (CP) 2018 en todos los EAPs del Sector Teruel.
Cobertura alcanzada: 100% EAPs.

• Taller de formación sobre el uso de antibióticos (ABs) en pediatría (29/05/2018). Impartido por la farmacéutica de atención primaria (FAP) del Sector. Asistieron pediatras de AP (2), médicos de familia (6), médicos de atención continuada (1), un farmacéutico de hospital y un médico del 061.

• Comisión Técnico Asistencial (18/06/2018). Difusión del proyecto nº2 del CP y del taller de formación entre los coordinadores médicos y de enfermería de los 16 EAPs del Sector Teruel.
Cobertura alcanzada: 100% EAPs.

• Mayo-Junio 2018.

? Elaboración de un protocolo de aplicación del Test de Detección Rápida de Antígeno Estreptocócico (TRDA) y escalas de predicción clínica de infección por estreptococo beta-hemolítico grupo A (E_{SHGA}).

? Difusión del material elaborado a todos los EAPs del Sector por correo electrónico.

? Suministro de TRDA (Servicio de Farmacia AP) a los EAPs del Sector Teruel para utilización en pediatría (consultas de pediatría, urgencias para uso en niños y puntos de atención continuada (PACs)).

Cobertura alcanzada:

Difusión del material elaborado en el 100% de los EAPs

100% de los EAPs del Sector Teruel disponen de TRDA (consultas de pediatría y urgencias)

100% de los PACs (5 PACs) del Sector Teruel disponen de TRDA.

• Sesiones clínicas sobre el uso de antibióticos (ABs) en pediatría (Septiembre 2018- Diciembre 2018)

Desde el Servicio de Farmacia de AP se facilitó por correo electrónico a los pediatras de AP del Sector (10 pediatras) la presentación en power point y material complementario.

? C.S. Utrillas (5/11/2018). Sesión clínica: pruebas de detección rápida para E_{SHGA}. Ponente: Amparo Valenzuela Foved. Pediatra AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Evaluación de la calidad de prescripción de ABs para la faringoamigdalitis estreptocócica aguda (FEA) en pediatría en el Sector Teruel.

Porcentaje de prescripciones de ABs de primera elección respecto al total de prescripciones de ABs sistémicos para la FEA en el Sector Teruel (enero 2018: 70,2%; abril 2018:71,5%; septiembre 2018:72,6%; diciembre 2018:73,8%)*

*Fuente: Indicador de calidad de la prescripción en pediatría (PED.01. Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica). DATA de Farmacia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se propone incluir este Proyecto en el CP de 2019 porque, a pesar de que ha mejorado la utilización de ABs de primera elección en la FEA en el Sector Teruel, seguimos teniendo margen de mejora en la optimización del uso de ABs en esta afección. Para ello se plantean:

? Sesiones clínicas sobre el uso de ABs en pediatría en todos los EAPs del Sector Teruel. Los pediatras de AP del Sector se han comprometido a impartirlas.

? Talleres de educación sanitaria para padres de niños en edad pediátrica sobre actuación ante fiebre y odinofagia. Previsto como Proyecto Comunitario para los ACG de 3 EAPs. (Coordinador del proyecto: pediatra de AP).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/79 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0079

1. TÍTULO

CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENOS ESTREPTOCOCICO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES

Nº de registro: 0079

Título
CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENO ESTREPTOCOCICO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGO-AMIGDALARES

Autores:
PEREZ DIEZ CRISTINA, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, VICENTE MALLÉN JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO, VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La faringoamigdalitis aguda por Streptococcus pyogenes (FAS) es uno de los diagnósticos más frecuentes en pediatría. Para identificarla clínicamente se han propuesto varias escalas de predicción clínica (Centor y Centor modificada por McIsaac) pero para el diagnóstico etiológico se recomienda el uso del test rápido de detección antigénica de estreptococo (TRDA). Para el abordaje de la FAS pediátrica en Atención Primaria (AP), la mayoría de las guías de práctica clínica recomiendan iniciar tratamiento antibiótico (AB) solamente cuando se confirma la sospecha clínica de que estamos ante una FAS mediante TRDA o cultivo. El tratamiento de elección de la FAS en niños es la Penicilina V oral (sensibilidad 100%) y su espectro reducido generará menos resistencias en otros patógenos.

En el Sector Teruel sólo el 67,7% (diciembre 2017) de los pacientes pediátricos con FAS está en tratamiento con ABs de primera elección (penicilina V y amoxicilina o fenoximetilpenicilina).

RESULTADOS ESPERADOS

- Fomentar la utilización de ABs de primera elección en el tratamiento de la FAS en pediatría.
 - Elaboración y difusión de un protocolo de actuación en los servicios de Atención Continuada (AC).
- Criterios de Centor y TRDA.
- Educación sanitaria a padres de niños en edad pediátrica sobre la actuación ante fiebre y odinofagia.

MÉTODO

- Actividad formativa. Taller de formación sobre el uso de ABs en pediatría. Registro de criterios de Centor y realización de TRDA. Dirigido a médicos de atención primaria (MAP), pediatras y médicos de atención continuada (MAC). Farmacéutica de AP.
- Actividad formativa. Taller de educación sanitaria desde los EAP a los padres de niños en edad pediátrica sobre actuación ante el niño con fiebre y odinofagia. Pediatras de AP.
- Actividad formativa. Sesiones clínicas en los Equipos de Atención Primaria (EAPs) sobre diagnóstico y tratamiento de la FAS en la edad pediátrica.
- Suministro de TRDA a los EAP del Sector Teruel (pediatría, puntos de atención continuada (PAC)) y difusión de las recomendaciones de aplicación.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes pediátricos con diagnóstico de FAS en tratamiento con ABs de primera elección. Realización de cortes trimestrales (marzo, junio, septiembre, diciembre 2018).
- Número de sesiones clínicas realizadas en los EAPs por parte de la farmacéutica de AP.
- Número de EAPs que realizan talleres de educación sanitaria para padres de niños en edad pediátrica.
- Número de EAPs que disponen de TRDA.
- Número de PACs que disponen de TRDA.

DURACIÓN

- Mayo 2018. Taller de formación sobre uso de ABs en FAS a MAP, pediatras y MAC.
- Mayo 2018-Diciembre 2018. Taller de educación sanitaria a padres desde los EAP del Sector.
- Abril-Diciembre 2018. Sesiones clínicas sobre uso de ABs en FAS en los Centros de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0079

1. TÍTULO

CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENOS ESTREPTOCOCICIO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES

- Diciembre 2018. Evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0079

1. TÍTULO

CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENO ESTREPTOCOCICO Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA PEREZ DIEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP TERUEL
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
VICENTE MALLÉN JOAQUÍN
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Taller formativo presencial sobre las infecciones respiratorias más prevalentes en pediatría, incluyendo el uso de test rápido de diagnóstico antigénico (TRDA), distribución de guías de práctica clínica y documentos de consenso. Se realizó por la farmacéutica de atención primaria (FAP) el 29 de mayo del 2018, con una duración de 3 horas, estando acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón con 0,4 créditos. Asistieron pediatras de atención primaria (AP) (2), médicos de familia (6), médicos de atención continuada (1), un farmacéutico de hospital y un médico del 061.

- Comisión Técnico Asistencial de AP (16/06/2018). Difusión del proyecto y del taller de formación por parte de la FAP. Asistieron los coordinadores médicos y de enfermería de los 16 equipos de atención primaria (EAP) del sector Teruel.

- Suministro de TRDA desde farmacia de AP a todos los EAP y puntos de atención continuada (PAC) del sector Teruel (mayo 2018-diciembre 2019). Cobertura alcanzada: 100% EAP (consultas de pediatría y urgencias) y 100 % PAC.

- Elaboración y difusión de un protocolo de aplicación del TRDA según las escalas de predicción clínica de infección por estreptococo beta-hemolítico grupo A (βHGA) (mayo-junio 2018). Elaborado por la FAP. Cobertura alcanzada: 100% EAP.

- Sesiones clínicas sobre el uso de antibióticos en pediatría (septiembre-diciembre 2018) en los EAP impartidas por la FAP/pediatras AP. Cobertura alcanzada: 100% EAP.

- Sesiones clínicas PROA-AP sobre Actualización en el tratamiento de las infecciones respiratorias y difusión de la guía de tratamiento empírico IRASPROA para personas clave PROA (10/04/2019) y pediatras de AP (12/04/2019) impartidas por la FAP.

- Sesiones clínicas PROA-AP sobre Actualización en el tratamiento de las infecciones respiratorias y difusión de la guía de tratamiento empírico IRASPROA para médicos de familia y personal de enfermería impartidas por la FAP/personas clave PROA. Cobertura alcanzada: 62,5% EAP.

- Talleres de educación sanitaria para padres de niños en edad pediátrica sobre optimización del uso de antibióticos y actuación ante fiebre y odinofagia. Impartidos por los pediatras de AP en 4 EAP del sector:
o 05/11/2018. C.S. Utrillas. Ponente: Amparo Valenzuela Foved. Pediatra AP.
o 07/04/2019. C.S. Aliaga. Ponente: Laura Ortiz Domínguez. Médico de familia.
o Enero 2019. C.S. Monreal del Campo y C.S. Santa Eulalia. María Cosculluela Aisa. Pediatra AP
o La pediatra de AP del C.S. Calamocha imparte la educación sanitaria en las consultas de pediatría por la dificultad de reunir a los padres para los talleres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se analizaron las prescripciones de antibióticos sistémicos (subgrupo J01 de la clasificación Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)) asociadas al diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica aguda (R72) en pacientes pediátricos (0-14 años) en dos periodos: mayo 2018 (pre-intervención) y enero 2020 (postintervención). Se calculó el porcentaje de prescripciones de antibióticos de primera elección (penicilina V o fenoximetilpenicilina (J01CE02) o amoxicilina (J01CA04) o fenoximetilpenicilina benzatina (J01CE10)) respecto al total de prescripciones de antibióticos sistémicos (J01) asociadas al diagnóstico R72* (%). El porcentaje de prescripción de antibióticos de primera elección en la faringoamigdalitis estreptocócica aguda en el sector Teruel han sido: 70,5% (mayo 2018) vs 85,7% (enero 2020) (p=0,05) ?

*Fuente de datos: sistema de información basado en las prescripciones realizadas en receta electrónica (DATA de Farmacia). Indicadores de calidad de la prescripción en AP (PED.01. Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica).
? Chi-cuadrado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0079

1. TÍTULO

CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENO ESTREPTOCOCICO Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES

Las intervenciones dirigidas a cambiar el comportamiento de los profesionales sanitarios y a mejorar la educación de la comunidad y del paciente en la utilización de antibióticos, han supuesto una mejora en la prescripción de antibióticos de primera elección en la faringoamigdalitis estreptocócica aguda. Las intervenciones dirigidas como la formación, las auditorías y las herramientas de ayuda a la prescripción, pueden ser aplicables a optimizar el uso de antibióticos en otras patologías infecciosas frecuentes en la infancia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/79 ===== ***

Nº de registro: 0079

Título
CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENO ESTREPTOCOCICO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGO-AMIGDALARES

Autores:
PEREZ DIEZ CRISTINA, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, VICENTE MALLÉN JOAQUÍN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO, VALDEARCOS ENGUIÑANOS SANTIAGO, LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La faringoamigdalitis aguda por *Streptococcus pyogenes* (FAS) es uno de los diagnósticos más frecuentes en pediatría. Para identificarla clínicamente se han propuesto varias escalas de predicción clínica (Centor y Centor modificada por McIsaac) pero para el diagnóstico etiológico se recomienda el uso del test rápido de detección antigénica de estreptococo (TRDA). Para el abordaje de la FAS pediátrica en Atención Primaria (AP), la mayoría de las guías de práctica clínica recomiendan iniciar tratamiento antibiótico (AB) solamente cuando se confirma la sospecha clínica de que estamos ante una FAS mediante TRDA o cultivo. El tratamiento de elección de la FAS en niños es la Penicilina V oral (sensibilidad 100%) y su espectro reducido generará menos resistencias en otros patógenos.

En el Sector Teruel sólo el 67,7% (diciembre 2017) de los pacientes pediátricos con FAS está en tratamiento con ABs de primera elección (penicilina V y amoxicilina o fenoximetilpenicilina).

RESULTADOS ESPERADOS

- Fomentar la utilización de ABs de primera elección en el tratamiento de la FAS en pediatría.
 - Elaboración y difusión de un protocolo de actuación en los servicios de Atención Continuada (AC).
- Criterios de Centor y TRDA.
- Educación sanitaria a padres de niños en edad pediátrica sobre la actuación ante fiebre y odinofagia.

MÉTODO

- Actividad formativa. Taller de formación sobre el uso de ABs en pediatría. Registro de criterios de Centor y realización de TRDA. Dirigido a médicos de atención primaria (MAP), pediatras y médicos de atención continuada (MAC). Farmacéutica de AP.
- Actividad formativa. Taller de educación sanitaria desde los EAP a los padres de niños en edad pediátrica sobre actuación ante el niño con fiebre y odinofagia. Pediatras de AP.
- Actividad formativa. Sesiones clínicas en los Equipos de Atención Primaria (EAPs) sobre diagnóstico y tratamiento de la FAS en la edad pediátrica.
- Suministro de TRDA a los EAP del Sector Teruel (pediatría, puntos de atención continuada (PAC)) y difusión de las recomendaciones de aplicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0079

1. TÍTULO

CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENO ESTREPTOCOCICO Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes pediátricos con diagnóstico de FAS en tratamiento con ABs de primera elección. Realización de cortes trimestrales (marzo, junio, septiembre, diciembre 2018).
- Número de sesiones clínicas realizadas en los EAPs por parte de la farmacéutica de AP.
- Número de EAPs que realizan talleres de educación sanitaria para padres de niños en edad pediátrica.
- Número de EAPs que disponen de TRDA.
- Número de PACs que disponen de TRDA.

DURACIÓN

- Mayo 2018. Taller de formación sobre uso de ABs en FAS a MAP, pediatras y MAC.
- Mayo 2018-Diciembre 2018. Taller de educación sanitaria a padres desde los EAP del Sector.
- Abril-Diciembre 2018. Sesiones clínicas sobre uso de ABs en FAS en los Centros de Salud.
- Diciembre 2018. Evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0080

1. TÍTULO

VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA TERESA LAINEZ LORENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP TERUEL
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
VICENTE MALLEN JOAQUIN
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO
PEREZ DIEZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- El día 19 de Junio 2018 se impartió un taller de formación sobre actuación de fibrilación auricular (FA) en Atención Primaria. Asistieron médicos y enfermeros de AP y un médico del 061. En este taller se explicaron los motivos por los que realizamos desde Dirección este proyecto, la baja prevalencia detectada en nuestro Sector y la necesidad de tener una vía de actuación dirigida a todos los profesionales, para saber cómo actuar ante este tipo de arritmia.

- El objetivo de este taller era saber detectar y diagnosticar una fibrilación auricular, conocer etiología y factores de riesgo, situaciones clínicas que se pueden presentar, utilización de las escalas de riesgo hemorrágico y embólico, protocolo de actuación, anticoagulación oral y seguimiento del paciente. Se explicó la Vía de Actuación que habíamos elaborado para saber como actuar tras la detección oportunista de un caso de Fibrilación Auricular, a qué tipo de pacientes iba dirigida, cuales eran los criterios de implantación y como llevar a cabo un tratamiento correcto en atención primaria.

- Esta Vía de Actuación ante paciente diagnosticado de FA en AP ha sido elaborada por un grupo de trabajo compuesto por médicos y una enfermera de Atención Primaria. Para elaborarla, se mantuvieron reuniones con el Servicio de Hematología del Hospital Obispo Polanco, se comunicó a los profesionales de este servicio la puesta en marcha y difusión de esta vía y se han tenido en cuenta sus recomendaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- A principios de año la prevalencia de FA tras registro en OMI-AP en el Sector Teruel era muy baja, aproximadamente un 0,5 % en población mayor de 45 años, sin embargo, la prevalencia en España era del 4,4% en este rango de edad. Nuestro objetivo con este proyecto es aumentar la prevalencia (nuestro valor objetivo es aumentar de 0,5 a 1%), diagnosticar casos nuevos y que los pacientes que cumplen una serie de criterios clínicos bien definidos tal como explicamos en la vía, puedan ser tratados en AP sin necesidad de derivarlos al Hospital Obispo Polanco, que es nuestro hospital de referencia.

- Todos los profesionales que acudieron al taller se comprometieron a difundirlo en sus respectivos EAPs. Desde Dirección se ha impartido en el resto de los EAPs de nuestro sector. Actualmente se ha difundido en el 100 % de los EAPs, esto no significa que en el 100% de los profesionales. Se han recogido hoja de firmas de los asistentes y hay un alto porcentaje que ha recibido esta formación (> 70% incluidos MAC y EAC)

- La vía de actuación no ha sido posible subirla hasta ahora en la Intranet del Sector debido a que desde primaria no se nos ha habilitado esta opción. Se ha hablado con el Hospital Obispo Polanco para que desde los servicios informáticos se nos habilite esta posibilidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Nos parece importante continuar con este Proyecto dada la trascendencia de esta patología, nuestro objetivo es que tras las recomendaciones realizadas a los profesionales, se detecten más casos nuevos de FA y que un porcentaje importante puedan ser tratados correctamente en Atención Primaria.

- Debido a que la presentación de esta Vía en todos los EAPs ha finalizado a finales del 2018 vamos a realizar seguimiento durante el primer semestre del 2019 de pacientes con diagnóstico nuevo de Fibrilación Auricular, midiendo porcentaje de pacientes diagnosticados de FA que han sido tratados con Heparina de Bajo Peso Molecular y Acenocumarol según recomendaciones de la vía de actuación sin tener que derivarse a urgencias hospitalarias, para poder introducir si creemos conveniente mejoras o hacer algún cambio o recomendación a los profesionales con respecto a la utilización de esta vía.
Estos datos los sacaremos de registro en OMI-AP

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/80 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0080

1. TÍTULO

VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

Nº de registro: 0080

Título
VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

Autores:
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, VICENTE MALLEN JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO, VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, PEREZ DIEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

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

La fibrilación auricular es la arritmia crónica más frecuente. Su prevalencia en España es del 4,4 % de la población mayor de 40 años. Se asocia a una morbimortalidad cardiovascular elevada, ya que aumenta el riesgo de muerte, insuficiencia cardiaca y episodios embólicos.
Se ha detectado en el Sector Teruel infradiagnóstico de Fibrilación Auricular con una baja prevalencia tras revisión de registro en OMI-AP
No existe en Sector Teruel un protocolo ni vía de actuación ante una detección de FA en AP
Todos los pacientes que se diagnostican en nuestro sector de FA se derivan a urgencias hospitalarias. Nos parece interesante mejorar la atención de estos pacientes creando una vía de actuación desde Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la detección de pacientes con Fibrilación Auricular
- Elaboración de una vía de actuación en AP tras la detección oportunista de una Fibrilación Auricular
- Establecer en el Sector Teruel la pauta de tratamiento de inicio con Acenocumarol en Atención Primaria ante diagnóstico de paciente con Fibrilación Auricular
- Mejorar la atención al paciente diagnosticado de Fibrilación Auricular en Atención Primaria

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo con médicos y enfermeras de AP para la elaboración y puesta en marcha de una vía de actuación dirigida a la Fibrilación Auricular

Formación y difusión de la vía de actuación de FA en AP en el 100% de los EAPs
Evaluación de resultados

INDICADORES

- Prevalencia de Fibrilación Auricular en el Sector Teruel
- Elaboración física de la vía de actuación y difusión en el 100% de los EAPs
- Inicio de tratamiento anticoagulante desde AP en pacientes diagnosticados de FA

DURACIÓN

- Creación grupo de trabajo con médicos y enfermeras de AP para la elaboración y puesta en marcha de una vía de actuación dirigida a la FA A partir de Febrero 2018
- Formación y difusión de la vía de actuación de FA en AP A partir de Junio 2018
- Evaluación de resultados Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0080

1. TÍTULO

VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

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 - 2018/0080

1. TÍTULO

VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA LAINEZ LORENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP TERUEL
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
VICENTE MALLEN JOAQUIN
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO
PEREZ DIEZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El día 19 de junio del 2018 se impartió un taller de formación de tres horas sobre actuación en fibrilación auricular (FA) en Atención Primaria (dentro de la formación del Sector Teruel)

Asistieron 8 médicos de AP, una enfermera y un médico del 061. Este taller fue impartido por la responsable del proyecto, Teresa Lainez Lorente.

En él se explicaron los motivos por los que realizamos desde Dirección este proyecto: la baja prevalencia de FA detectada en nuestro sector y la necesidad de tener una vía de actuación dirigida a todos los profesionales para saber cómo actuar ante este tipo de arritmia.

El objetivo era saber detectar y diagnosticar una fibrilación auricular, conocer etiología y factores de riesgo, situaciones clínicas que se pueden presentar, utilización de las escalas de riesgo hemorrágico y embólico, protocolo de actuación, anticoagulación oral y seguimiento del paciente. Se explicó la vía de actuación que habíamos elaborado para saber cómo actuar tras la detección oportunista de un caso de FA, a qué tipo de pacientes iba dirigida, cuáles eran los criterios de implantación y como llevar a cabo un tratamiento correcto en AP. En nuestro sector todos los pacientes que se diagnosticaban de FA se derivaban a urgencias hospitalarias.

Esta Vía de Actuación ante paciente diagnosticado de FA en AP ha sido elaborada por un grupo de trabajo compuesto por médicos y una enfermera de Atención Primaria. Ha contado en todo momento con el asesoramiento de la Dirección de Atención Primaria.

Ha sido difundida en los 16 centros de salud de nuestro sector durante todo el año 2018 por la responsable del proyecto (Teresa Lainez), miembros del grupo de trabajo (Carmen Gallardo, Pilar Marco, Alfredo Morte, Manuel Galindo) y tres profesionales médicos que la presentaron en sus respectivos centros de salud (Valeriano Olivares en Mosqueruela, Carlos Matamala en Villel y Laura Ortiz en Aliaga)

La difusión en el 100% de los EAPs no significa que haya sido en el 100% de los profesionales. Tras analizar las hojas de firmas de los asistentes el porcentaje de profesionales que han recibido esta formación ha sido de aproximadamente un 80% incluidos MAC y EAC.

Uno de nuestros objetivos ha sido en todo momento que el Servicio de Hematología de nuestro hospital de referencia (HOP) estuviese de acuerdo en el manejo desde atención primaria de esta arritmia.

Tras cuatro reuniones mantenidas la Directora de AP (Matilde Martínez), la responsable del Proyecto (Teresa Lainez), el Director del HOP (Fernando Galve) y el jefe de Servicio de Hematología (Nicolás Gonzalez), la primera el día 26 de marzo del 2019 y posteriormente en mayo, junio y agosto, el día 19 de septiembre de 2019 la "Vía de Actuación en Fibrilación Auricular en Atención Primaria en el Sector Teruel" fue aprobada por los Directores de AP y del Hospital Obispo Polanco (HOP) tras la revisión del Jefe de Servicio de Hematología de dicho hospital.

El Director del HOP comunicó la existencia de esta vía al Jefe de Servicio de Urgencias y también a Cardiología.

Se habló con el Servicio de Informática del HOP y se habilitó una pestaña en la Intranet del Sector Teruel para Atención Primaria que recoge este documento (Intranet Sector Teruel - Primaria - Protocolos - Vía de Actuación en Fibrilación Auricular)

La dirección es: <http://172.25.112.163/blog/index.php/at-primaria>

Esta dirección se comunicó a todos los profesionales de los EAPs para que pudiesen acceder a ella.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al comienzo de nuestro proyecto, marzo 2018, la prevalencia de FA tras registro en OMI-AP en el Sector Teruel era muy baja, aproximadamente un 0,5 % en la población mayor de 40 años, sin embargo, la prevalencia en España era del 4,4% en este mismo rango de edad.

Nuestro objetivo ha sido aumentar la prevalencia (nuestro valor objetivo era pasar de 0,5 a 1%), diagnosticar casos nuevos y que los pacientes que cumplen una serie de criterios clínicos bien definidos, tal como explicamos en la vía, puedan ser tratados en atención primaria sin necesidad de derivarlos a urgencias del HOP, que es nuestro hospital de referencia.

En octubre 2019 la prevalencia de FA en nuestro sector había aumentado hasta un 3%, y en diciembre 2019 ha llegado a un 3,96% de la población > 40 años. Estos datos los hemos obtenido de OMI_AP.

Otro de nuestros objetivos era saber qué porcentaje de casos diagnosticados de FA en AP habían comenzado tratamiento anticoagulante en primaria, cumpliendo las indicaciones de la Vía de Actuación.

Para conseguir este dato, hemos tenido que contactar telefónicamente con todos los centros de salud del sector.

Nos han facilitado los CIA de pacientes que cumplían criterio de inicio de tratamiento anticoagulante y cuál había sido su actuación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0080

1. TÍTULO

VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

Se han analizado las historias de 13 pacientes diagnosticados de fibrilación auricular en atención primaria y en los que se ha comenzado tratamiento con anticoagulante durante todo el año 2019. Los centros de salud que han comenzado a utilizar esta Vía de Actuación son: Albarracín (6 pacientes), Mosqueruela (2 pacientes), Santa Eulalia (1 paciente), Sarrión (1 paciente), Teruel Ensanche (2 pacientes), Utrillas (1 paciente). En todos ellos se ha utilizado el circuito de inicio y derivación, siguiendo las recomendaciones de actuación ante una fibrilación auricular de reciente diagnóstico que cumpla criterios de anticoagulación en Primaria. En el 100% de las historias revisadas se han pasado las escalas de riesgo hemorrágico (HAS-BLED) y embólico (CHA2DS2-VASc), se ha solicitado analítica completa con coagulación, radiografía de tórax, ICV con cardiología y también llamada telefónica a hematología. En el 48% de estos pacientes se ha comenzado tratamiento con HBPM + Acenocumarol, tal como recomendaba la Vía de Actuación. En el 50 % se ha pautado HBPM sin asociar Acenocumarol y en el 2% no se ha pautado tratamiento anticoagulante esperando la contestación de Hematología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creación de esta Vía de Actuación en Fibrilación Auricular y su difusión a todos los centros de salud y profesionales sanitarios, ha logrado disminuir el número de pacientes con diagnóstico reciente de FA derivados a urgencias de nuestro hospital, ha aumentado la prevalencia de FA en nuestro sector, ha mejorado la atención al paciente optimizando la calidad de la atención médica y ha promovido la coordinación entre atención primaria y hospitalaria.

Este último aspecto no lo habíamos tenido en cuenta a la hora de diseñar el proyecto, pero nos ha parecido que después del trabajo realizado conjuntamente con el hospital, es importante la colaboración entre los dos niveles para continuar trabajando en otras líneas de actuación.

Hemos conseguido ofrecer una herramienta práctica, segura y rápida al médico de atención primaria permitiendo el inicio precoz del tratamiento anticoagulante.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/80 ===== ***

Nº de registro: 0080

Título
VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

Autores:
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, VICENTE MALLÉN JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO, VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, PEREZ DIEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

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

La fibrilación auricular es la arritmia crónica más frecuente. Su prevalencia en España es del 4,4 % de la población mayor de 40 años. Se asocia a una morbimortalidad cardiovascular elevada, ya que aumenta el riesgo de muerte, insuficiencia cardiaca y episodios embólicos.

Se ha detectado en el Sector Teruel infradiagnóstico de Fibrilación Auricular con una baja prevalencia tras revisión de registro en OMI-AP

No existe en Sector Teruel un protocolo ni vía de actuación ante una detección de FA en AP

Todos los pacientes que se diagnostican en nuestro sector de FA se derivan a urgencias hospitalarias. Nos parece interesante mejorar la atención de estos pacientes creando una vía de actuación desde Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0080

1. TÍTULO

VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la detección de pacientes con Fibrilación Auricular
- Elaboración de una vía de actuación en AP tras la detección oportunista de una Fibrilación Auricular
- Establecer en el Sector Teruel la pauta de tratamiento de inicio con Acenocumarol en Atención Primaria ante diagnóstico de paciente con Fibrilación Auricular
- Mejorar la atención al paciente diagnosticado de Fibrilación Auricular en Atención Primaria

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo con médicos y enfermeras de AP para la elaboración y puesta en marcha de una vía de actuación dirigida a la Fibrilación Auricular

Formación y difusión de la vía de actuación de FA en AP en el 100% de los EAPs

Evaluación de resultados

INDICADORES

- Prevalencia de Fibrilación Auricular en el Sector Teruel
- Elaboración física de la vía de actuación y difusión en el 100% de los EAPs
- Inicio de tratamiento anticoagulante desde AP en pacientes diagnosticados de FA

DURACIÓN

- Creación grupo de trabajo con médicos y enfermeras de AP para la elaboración y puesta en marcha de una vía de actuación dirigida a la FA A partir de Febrero 2018
- Formación y difusión de la vía de actuación de FA en AP A partir de Junio 2018
- Evaluación de resultados Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0082

1. TÍTULO

GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE MATILDE MARTINEZ MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP TERUEL
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO
PEREZ DIEZ CRISTINA
VICENTE MALLÉN JOAQUIN
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 21 de mayo de 2018. Se impartió taller de formación sobre nefropatía diabética, al que acudieron 13 profesionales, 6 médicos y 7 enfermeras. En dicho taller se trató la definición de nefropatía en los pacientes con diabetes, la clasificación y estadiaje de la misma para posteriormente establecer los criterios de derivación al servicio de nefrología, y también se abordó el tema de la nefrotoxicidad de los fármacos antidiabéticos orales. Se envió el material presentado a cada uno de los participantes en el taller para la posterior difusión y puesta en común en sus respectivos equipos.

- A lo largo del último trimestre de 2017 se hicieron visitas a los 16 Equipos de Atención Primaria para exponer la estructura de los Acuerdos de Gestión y a la par dar a conocer los Proyectos clínicos elegidos por la Dirección para el Contrato Programa. Todos los Equipos disponen de la presentación en power point de los mismos. Se insistió en la importancia en la determinación de la microalbuminuria y filtrado glomerular para el despistaje de la nefropatía diabética y se pasaron los resultados de dichos indicadores a fecha de diciembre de 2017 en el Sector de Teruel, comparando con los resultados con Aragón en su conjunto.

- A finales del primer trimestre de 2018 se solicita a los facultativos revisen listados de nuevos diagnósticos de nefropatía.

- Se han enviado de forma trimestral los cortes de los indicadores establecidos en el proyecto, en cuanto a la determinación del filtrado glomerular en los pacientes diabéticos, así como de la determinación de la microalbuminuria a primera hora de la mañana.

- En octubre de 2018 se repitió, aprovechando la constitución y puesta en marcha del Equipo PROA, la sesión sobre fármacos nefrotóxicos (antidiabéticos y fármacos de uso común) para que los responsables de URM la difundan entre sus compañeros en los equipos.

- A mediados de octubre se envió de nuevo corte de los indicadores para una nueva evaluación de la situación.

- En enero de 2019 iniciaremos de nuevo una visita a los 16 equipos y expondremos el último corte trimestral de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Teniendo en cuenta los bajos resultados de cobertura con fecha diciembre 2017, en cuanto a las determinaciones de microalbuminuria (26,34%) y filtrado glomerular (36,77%) en pacientes con diabetes (CM DIABETES), tenemos que reseñar que a fecha de hoy dichos resultados se han incrementado por encima del valor mínimo objetivo que nos planteamos en el proyecto (LI:50%-LS:60%).

- En septiembre, según el CM de Diabetes del Sector Teruel el porcentaje de determinación de microalbuminuria es de 59,82 y el de filtrado glomerular un 63,70. Los dos datos están por encima del valor mínimo meta que era del 50%

- En fecha 13 de diciembre de 2018 las cifras son un 61,84 % de determinación de microalbuminuria y un 64,96 % de determinación de FGR. Cabe reseñar que los datos han aumentado.

- Para valorar los nuevos diagnósticos de nefropatía en pacientes con diagnóstico ya establecido de Diabetes, y la intervención farmacológica para evitar mayor nefrotoxicidad en dichos casos, se ha hecho búsqueda en la base de datos de GMA, aún sabiendo los sesgos tanto de registro como de mismo código para diferentes patologías uro y nefrológicas. Como datos tenemos que a fecha 31 de diciembre de 2017 teníamos una tasa de IRC en pacientes con DM de 14,3, que ha subido a 16,73 con fecha 30 de junio de 2018 (última actualización).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Para minimizar dichos sesgos, estamos pendientes de confirmar la ausencia de problemas legales para poder trabajar con las historias clínicas desde la Dirección de Atención Primaria, así como para poder solicitar los listados de los pacientes a los compañeros.

- Para el año 2019 seguiremos trabajando en este proyecto manteniendo y mejorando los indicadores objetivo de cobertura conseguidos en 2018. Nos planteamos hacer un trabajo de investigación donde además podamos obtener datos de clasificación de la nefropatía, en este caso diabética, a partir de datos de diagnóstico de diabetes y de filtrado glomerular y microalbuminuria, para valorar la adecuación de las derivaciones al servicio de nefrología, así como la obtención de datos con indicadores de seguridad en el uso de fármacos en dicha patología.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0082

1. TÍTULO

GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/82 ===== ***

Nº de registro: 0082

Título
GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

Autores:
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, PEREZ DIEZ CRISTINA, VICENTE MALLEN JOAQUIN, LOPEZ IBANEZ SAGRARIO, LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde julio 2017 el laboratorio del Hospital Obispo Polanco calcula y vuelca resultados del filtrado glomerular. Ello permite detectar el diagnóstico y posterior estadiaje de la nefropatía e intervenir sobre la misma, derivando de forma idónea y ajustando fármacos
Durante todo el año 2017 se han detectado en el Sector Teruel bajos datos de determinación de filtrado glomerular en diabéticos debido a que el Hospital Obispo Polanco no calculaba dicha determinación
Detección de bajos datos de determinación de microalbuminuria en diabéticos
Infradiagnóstico de nefropatía diabética

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumento determinaciones microalbuminuria para diagnosticar precozmente nefropatía diabética
- Aumento determinaciones filtrado glomerular para diagnóstico precoz de la nefropatía diabética
- Mejorar datos de diagnóstico de nefropatía diabética
- Prevenir progresión deterioro renal en pacientes diabéticos

MÉTODO
Taller de nefropatía diabética. Diagnóstico y derivaciones
Sesiones clínicas de nefrotoxicidad en los EAPs
Cortes trimestrales de los indicadores de microalbuminuria y del filtrado glomerular
Porcentaje de ajustes farmacológicos en diagnósticos nuevos de nefropatía

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes diabéticos con determinación de microalbuminuria en primera orina de la mañana sobre el total de pacientes diabéticos
- Porcentaje de pacientes con determinación del filtrado glomerular sobre el total de pacientes diabéticos
- Porcentaje revisión- ajuste dosis fármacos nefrotóxicos

DURACIÓN
- Taller de nefropatía diabética. Diagnóstico y derivaciones..... Abril 2018
- Sesiones clínicas de nefrotoxicidad en los EAPs... Desde Abril hasta Octubre 2018
- Cortes trimestrales de los indicadores de microalbuminuria y del filtrado glomerular Durante todo el año 2018
- Porcentaje ajustes farmacológicos en diagnósticos nuevos de nefropatía....Diciembre 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 - 2018/0082

1. TÍTULO

GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0082

1. TÍTULO

GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE MATILDE MARTINEZ MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP TERUEL
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO
PEREZ DIEZ CRISTINA
VICENTE MALLEN JOAQUIN
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- A lo largo del último trimestre de 2017 y del primero de 2018, se hicieron visitas a los 16 Equipos de Atención Primaria para exponer la estructura de los Acuerdos de Gestión, y a la par dar a conocer los Proyectos clínicos elegidos por la Dirección para el Contrato Programa del año 2018. Todos los Equipos disponen así de la presentación en PowerPoint de los mismos. En el caso del proyecto que nos ocupa, insistimos en la importancia de la determinación de la microalbuminuria y el filtrado glomerular para el despistaje de la nefropatía diabética y se les pasaron los resultados de ambos indicadores a fecha de diciembre de 2017, por equipos, en el Sector de Teruel en su conjunto, y comparados con los resultados de Aragón.
- A finales del primer trimestre de 2018 se solicitó a los facultativos que revisasen y registrasen listados de nuevos diagnósticos de nefropatía.
-El 21 de mayo de 2018, la responsable del proyecto (Matilde Martínez Martínez) impartió taller de formación sobre nefropatía diabética. Acudieron 13 profesionales, 6 médicos y 7 enfermeras. En dicho taller se trató la definición de nefropatía en los pacientes con diabetes, la clasificación y estadiaje de esta, para posteriormente establecer los criterios de derivación al servicio de nefrología y abordar el tema de la nefrotoxicidad de los fármacos antidiabéticos orales, para una posible intervención terapéutica en atención primaria. Todos los temas referenciados al Programa de Atención Integral de la Diabetes en Aragón.
Se envió el material presentado a cada uno de los participantes en el taller para la posterior difusión y puesta en común en sus respectivos equipos.
- En 2018 se enviaron de forma trimestral los cortes de los indicadores a evaluar en el proyecto, en cuanto a la determinación del filtrado glomerular, así como la determinación de la microalbuminuria a primera hora de la mañana, en los pacientes diabéticos. Y se solicitó acta al respecto de la valoración de la evolución de los mismos, tras discusión clínica en el seno de los equipos.
- En octubre de 2018 se repitió, aprovechando la constitución y puesta en marcha del Equipo PROA, la sesión sobre fármacos nefrotóxicos (antidiabéticos y fármacos de uso común) para que los responsables de URM la difundieran entre sus compañeros en los equipos. Dicha sesión se ha impartido en el 100% de los equipos del Sector de Teruel.
-En enero de 2019 se realizaron de nuevo visitas a los 16 equipos y se expusieron en este caso, de forma personal, los cortes correspondientes al cierre del año 2018.
-Durante 2019 se siguió el mismo procedimiento de seguimiento trimestral en cuadro de mandos de diabetes, a cada uno de los equipos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Teniendo en cuenta los bajos resultados de cobertura con fecha diciembre 2017, en cuanto a las determinaciones de microalbuminuria (26,34%) y filtrado glomerular (36,77%) en pacientes con diabetes (Cuadro de Mandos de Diabetes), tenemos que reseñar que dichos resultados se han incrementado por encima del valor mínimo objetivo que nos planteamos inicialmente en el proyecto (LI:50%-LS:60%).
-Para una primera evaluación antes de plantearnos que el proyecto fuera de continuación, en septiembre de 2018, según el Cuadro de Mandos de Diabetes del Sector Teruel el porcentaje de determinación de microalbuminuria fue de 59,82 % y el de filtrado glomerular de un 63,70 %. Los dos datos estaban por encima del valor mínimo meta que era del 50%.
-En fecha 13 de diciembre de 2018 las cifras eran un 61,84 % de determinación de microalbuminuria y un 64,96 % de determinación del filtrado. Cabía reseñar que los datos habían aumentado en un año sustancialmente.
-Ante estos resultados iniciales, consideramos mantener el proyecto, como de continuación, para seguir con la tendencia de incremento de dichos indicadores objetivo, de cobertura. Sin embargo, con fecha 31 de diciembre de 2019 los resultados han sido: revisión de microalbuminuria en el Sector de Teruel 62,24 % y revisión del filtrado glomerular 63,15%. Esto es, la tendencia se ha mantenido en los valores que inicialmente alcanzamos el primer año. Estos resultados son superiores a los obtenidos en Aragón, en cuanto a la microalbuminuria 48,78% y ligeramente inferiores en cuanto al filtrado glomerular en Aragón 64,48%. Si consideramos dichos valores por equipos, cabría decir que los valores más bajos (cercanos al 50%), de ambos indicadores, se han observado en los dos centros de salud urbanos.
Entendemos que este hecho puede deberse a la variabilidad en la disponibilidad de los valores analíticos en cuanto al registro en OMI_AP, ya que los resultados de los pacientes que se realizan la extracción de analítica en el Hospital Obispo Polanco y no en su centro de salud, no se vuelcan en el programa de atención primaria.
-Otro dato que ha ido incrementándose, son los nuevos diagnósticos de nefropatía en pacientes con diagnóstico ya establecido de diabetes. Para ello se ha hecho búsqueda en la base de datos de GMA. A fecha 31 de diciembre de 2017 teníamos una tasa de IRC en pacientes con DM de 14,3, subió a 16,3 con fecha 30 de junio de 2018, a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0082

1. TÍTULO

GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

17 el 30 de junio de 2019 y se situó en 17,1 a 31 de diciembre de 2019. Acudimos a la fuente de datos de los GMA siendo conscientes de los sesgos tanto de registro, como de mismo código para diferentes patologías uro y nefrológicas en el OMI_AP.

- Intentando minimizar dichos sesgos, se solicitó autorización a la Gerencia del Sector para poder trabajar con las historias clínicas desde la Dirección de Atención Primaria, así como para poder solicitar los listados de los pacientes a los compañeros.
- Tras dicha autorización realizamos un estudio descriptivo obteniendo datos de clasificación de la nefropatía, en este caso diabética, a partir de datos de diagnóstico de diabetes y de filtrado glomerular y microalbuminuria, para posteriormente valorar la adecuación de las derivaciones al servicio de nefrología, así como la obtención de datos con indicadores de seguridad en el uso de fármacos en dicha patología. Para ello se diseñó la correspondiente hoja de recogida de datos.
- A fecha 31 de diciembre de 2019, había un total de 824 pacientes registrados en OMI_AP con diagnóstico de nefropatía diabética, lo que supone un 14,8% de prevalencia en los diabéticos de nuestro sector, por debajo de los valores estimados de dicha patología en los diabéticos en general, en torno a un 30%. De ellos, 297 son nuevos pacientes diagnosticados a partir del 1 de enero de 2018 y sobre estos se basa el estudio realizado en el proyecto, disponiendo en la actualidad de información preliminar del 20% aleatorizado de dichos pacientes.
- Únicamente consta estadiaje de la nefropatía diabética en un 37,5% de los diagnósticos, a pesar de que dicha clasificación viene explícita en la hoja de resultados de las analíticas.
- En cuanto a las derivaciones, un 37,5% de los pacientes son controlados en atención primaria o no han sido derivados a consultas de nefrología. Un 50 % han sido derivados a dicha especialidad hospitalaria por el diagnóstico de nefropatía diabética y un 12,5 % por otros motivos médicos.
- De los pacientes derivados, solo un 62,5% los criterios de derivación son adecuados y se ajustan a los establecidos en el protocolo del Programa de Atención Integral de la Diabetes en Aragón
- Respecto al ajuste del tratamiento en los pacientes con diagnóstico nuevo de nefropatía diabética, decir que un 75% de los pacientes ya estaban en tratamiento con metformina, y tras intervención farmacoterapéutica, se retiró en el 37,5% de los pacientes. Sin embargo, en el mismo porcentaje se mantiene su uso y en todos estos por encima de 2000 mg/día.
- El 100% de los pacientes con nefropatía diabética revisados toman antidiabéticos orales, independientemente de que además tengan prescrita una insulina. En el 50% aproximadamente de los casos el antidiabético oral elegido es la repaglinida. El resto de antidiabéticos se utilizan en porcentajes menores.
- El tratamiento se ajustó teniendo en cuenta el diagnóstico de nefropatía diabética en un 62,5% de los pacientes. No es factible saber si dicho ajuste fue realizado por los médicos de familia u otra especialidad hospitalaria relacionada con la patología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Coincidiendo la introducción en el laboratorio del Hospital Obispo Polanco de la herramienta para el cálculo automático del filtrado glomerular (MDRD) y su volcado en el OMI_AP, el cálculo de la microalbuminuria en primera orina de la mañana y no con recogida de orina de 24 horas como venía realizándose hasta 2017, así como la difusión del proyecto sobre nefropatía diabética de la Dirección de Atención Primaria, han conseguido elevar las cifras de los indicadores de filtrado glomerular y microalbuminuria de los Acuerdos de Gestión Clínica del Sector de Teruel en las 16 Unidades Clínicas. Es evidente que las herramientas que facilitan la realización y la mecanización del trabajo mejoran la eficiencia de las actividades.
- En la línea anterior comentar que los datos más bajos en los dos indicadores se dan en los equipos urbanos, donde se encuentra el grueso de los pacientes. Pensamos que el hecho de que un porcentaje significativo de pacientes se haga la extracción en el laboratorio del hospital no favorece el registro de los datos, al no volcarse los mismos en OMI_AP. Para evitar este hecho, sería recomendable la integración Laboratorio-Modulab que ya se ha llevado a cabo en otros sectores de Aragón. Intentaremos realizar dicha gestión a través de nuestra Gerencia.
- Es posible que estemos cerca del techo del resultado de los indicadores, teniendo en cuenta que otros sectores que ya llevaban tiempo con las herramientas anteriormente citadas no obtienen mejores resultados.
- Es importante la comunicación y difusión de resultados de manera periódica, directa y personal a todas las unidades clínicas.
- Hemos detectado que un número elevado de profesionales no consulta el cuadro de mandos de forma habitual.
- A pesar de tratarse de una línea estratégica del Salud y obtenerse resultados positivos en el control de la patología de la Diabetes, cuando hemos hablado del Programa de Atención Integral de la Diabetes en Aragón, en cada uno de los equipos, muchos de los compañeros lo desconocían y otros no lo habían leído. Como recomendación debemos seguir en la línea de la formación y difusión del Programa a través de los compañeros ya formados.
- Respecto a otros objetivos del proyecto, no hemos podido profundizar más allá de los datos extraídos del muestreo realizado. En este caso, ha sido un trabajo dificultoso por la falta de registro adecuado de los datos pertinentes para el desarrollo de dichos objetivos.
- El aumento de cobertura de los indicadores de microalbuminuria y filtrado glomerular ha servido parcialmente para un estadiaje y clasificación de la nefropatía, por otro lado, facilitado por el propio laboratorio, pero que no ha sido registrado en un porcentaje elevado. Además, atendiendo al estadiaje, cabe reseñar que los criterios de derivación a nefrología no se conocen lo suficiente, por lo que las derivaciones realizadas no son idóneas en más de un tercio de los casos.
- En cuanto a la intervención farmacoterapéutica en atención primaria, de igual modo falta registro, y se tiende a mantener la inercia terapéutica en más un tercio de los pacientes, con lo que ello supone para su seguridad.
- Así pues, consideramos prioritario mantener la formación de esta complicación microvascular de la diabetes, insistir en el registro de los datos relevantes y difundir de forma reiterada en las unidades, que lo importante no es elevar el indicador de cobertura solicitando más analíticas, para luego no pasar a una acción que aporte valor a nuestra actividad en cuanto a clasificación, manejo en nuestro nivel e intervención

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0082

1. TÍTULO

GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

terapéutica. Planteamos repetir el taller en cada equipo, seguir informando de los resultados propios e incluso dentro de un proyecto nuevo, trabajar en seguridad con la Comisión, e incluso implementar una consulta de conciliación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/82 ===== ***

Nº de registro: 0082

Título
GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

Autores:
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, PEREZ DIEZ CRISTINA, VICENTE MALLEN JOAQUIN, LOPEZ IBANEZ SAGRARIO, LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde julio 2017 el laboratorio del Hospital Obispo Polanco calcula y vuelca resultados del filtrado glomerular. Ello permite detectar el diagnóstico y posterior estadiaje de la nefropatía e intervenir sobre la misma, derivando de forma idónea y ajustando fármacos
Durante todo el año 2017 se han detectado en el Sector Teruel bajos datos de determinación de filtrado glomerular en diabéticos debido a que el Hospital Obispo Polanco no calculaba dicha determinación
Detección de bajos datos de determinación de microalbuminuria en diabéticos
Infradiagnóstico de nefropatía diabética

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumento determinaciones microalbuminuria para diagnosticar precozmente nefropatía diabética
- Aumento determinaciones filtrado glomerular para diagnóstico precoz de la nefropatía diabética
- Mejorar datos de diagnóstico de nefropatía diabética
- Prevenir progresión deterioro renal en pacientes diabéticos

MÉTODO
Taller de nefropatía diabética. Diagnóstico y derivaciones
Sesiones clínicas de nefrotoxicidad en los EAPs
Cortes trimestrales de los indicadores de microalbuminuria y del filtrado glomerular
Porcentaje de ajustes farmacológicos en diagnósticos nuevos de nefropatía

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes diabéticos con determinación de microalbuminuria en primera orina de la mañana sobre el total de pacientes diabéticos
- Porcentaje de pacientes con determinación del filtrado glomerular sobre el total de pacientes diabéticos
- Porcentaje revisión- ajuste dosis fármacos nefrotóxicos

DURACIÓN
- Taller de nefropatía diabética. Diagnóstico y derivaciones..... Abril 2018
- Sesiones clínicas de nefrotoxicidad en los EAPs... Desde Abril hasta Octubre 2018
- Cortes trimestrales de los indicadores de microalbuminuria y del filtrado glomerular Durante todo el año 2018
- Porcentaje ajustes farmacológicos en diagnósticos nuevos de nefropatía....Diciembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0082

1. TÍTULO

GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0535

1. TÍTULO

APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE DIGNIFICANDO EL FINAL DE VIDA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE CONCEPCION GOMEZ CADENAS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro DAP TERUEL
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAINEZ LORENTE MARIA TERESA
LASHERAS BARRIO MONICA
ORTIZ VILLANUEVA LOURDES
RILOVA FERNANDEZ ISABEL
CERESUELA LOPEZ AMELIA
ALMAZAN CALVE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo de este proyecto es promover la reflexión en la sociedad sobre la muerte como parte de la vida, reflexionando sobre el mejor entorno para morir (hospital o domicilio), suscitando en la población la importancia de asumir como algo propio el proceso del final de vida, para promover su participación en la toma de decisiones. Para poder llevarlo a cabo se han realizado varias actividades en distintas zonas de salud:

- Cineforum con la proyección de la película "Truman", promoviendo la reflexión y el debate general.
- Charla - coloquio sobre conceptos que generan confusión alrededor de la muerte: eutanasia, suicidio asistido, sedación paliativa...

Se leen 6 casos prácticos y se explica la parte clínica.

- Café-coloquio sobre la vida y la muerte "Death Café", facilitando la reflexión y compartiendo experiencias.

- Juego de cartas "Qué es importante para mí en el proceso de final de vida", dirigido a la participación activa en el proceso del final de vida y a la toma de decisiones que afectan a los servicios sanitarios.

En la última actividad realizada en cada localidad se ha pasado una encuesta de valoración donde se tenía en cuenta la duración del taller, las expectativas, utilidad, material del taller y valoración del formador. Se ha preguntado si después de asistir al taller han pensado en la posibilidad de realizar una Planificación Anticipada de Decisiones (PAD), si les gustaría participar en un grupo de ayuda a personas enfermas y si el participar en este taller ha supuesto algún cambio en ellos.

Para finalizar la encuesta se pedía una valoración general del taller (1 es la valoración más baja y 5 la más alta)

Este proyecto se planteó en la Dirección de Atención Primaria en febrero 2019, durante el mes de marzo se decidió quien iba a formar parte del equipo de trabajo y comenzamos a repartir las tareas.

La primera actividad se realizó el día 13 de abril del 2019 en la población de Gea de Albarracín con la proyección de la película Truman a la que acudieron 27 personas. En esta población estamos pendientes de realizar el resto de actividades.

Las cuatro actividades de las que consta el proyecto se realizaron en:

- Barrio de San Julián de Teruel los días 21 y 28 de mayo, 4 y 11 junio de 2019
- Villafranca del Campo los días 22 y 29 de julio, 12 de agosto 2019
- Monreal del Campo los días 10,12 y 17 de septiembre 2019

En todas las poblaciones que se ha realizado el proyecto la colaboración y participación activa de los asistentes ha sido fundamental. Hemos contado con las asociaciones de amas de casa de cada localidad, que se han encargado de prepararnos café y pastas en la jornada "Death Café" donde se habla sobre la vida y la muerte, compartiendo experiencias y facilitando la reflexión conjunta sobre el proceso de final de vida y dando a conocer la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD)

Este proyecto se presentó en las XVII Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud, XV Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial celebrado en Teruel los días 19 y 20 de junio de 2019. Se realizó un taller cuyo contenido fue una charla sobre escenarios relacionados con el final de vida etiquetando varios casos clínicos, Death café en grupos reflexionando sobre la importancia del buen morir y Planificación Anticipada y Compartida de Decisiones. En todas las actividades se animó a los asistentes a que iniciasen estas actuaciones en su práctica diaria profesional. Los docentes del taller fueron: Concepción Gómez Cadenas, Marta Agudo Rodrigo, Lourdes Ortiz Villanueva y Mónica Lasheras Barrio.

En la Universidad de verano de Teruel la responsable del proyecto Concha Gómez Cadenas dio una charla sobre PAD el día 18 de septiembre de 2019.

El día 4 de octubre en el VI Simposio Aragonés de Bioética, se ha presentado una Comunicación del CEA del Sector Teruel defendida por Lourdes Ortiz, con el título "Aprender a afrontar la muerte dignificando el final de vida" a la que asistieron unas 100 personas.

Se ha presentado una Comunicación Oral "Hablemos de lo que no se habla, la muerte" en las Jornadas de la RAPPs 2019 los días 27 y 28 de Noviembre en Zaragoza en el "I encuentro de Salud Comunitaria de Aragón" con aproximadamente 25 asistentes.

Este proyecto se está difundiendo a través del Comité de Bioética de Aragón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Barrio de San Julián de Teruel: 21 y 28 de mayo, 4 y 11 junio del 2019 con asistencia de 24 personas:

- 11 contestaron la encuesta de valoración (9 valoración global de 5 y 2 personas valoración global de 4)
- Reconocimiento correcto de los escenarios de final de vida: lo que más confusión genera son los términos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0535

1. TÍTULO

APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE DIGNIFICANDO EL FINAL DE VIDA

relacionados con la eutanasia.

- Número de personas que reconocen correctamente los escenarios final de vida: 75%
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean la posibilidad de realizar una PAD: 81,8%
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean participar en redes de colaboración (voluntariado, docentes, colaboradores...): 63%

Villafranca del Campo: 22 y 29 de julio, 12 de agosto del 2019

- Primera sesión: 41 personas
- Segunda Sesión: 27 personas
- Tercera sesión. 29 personas
- Contestaron 29 encuestas de valoración
- Valoración global del taller: 25 personas (puntuación de 5), 4 personas (puntuación de 4)
- Número de personas que reconocen correctamente los escenarios final de vida: 60%
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean la posibilidad de realizar una PAD: 68,96%
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean participar en redes de colaboración (voluntariado, docentes, colaboradores...): 58,62%

Monreal del Campo: 10-12 y 17 de septiembre 2019

- Primera sesión: 48 personas
- Segunda sesión: 47 personas
- Tercera sesión: 42 personas
- Contestaron 41 encuestas de valoración
- Valoración global del taller: 32 personas (puntuación de 5), 9 personas (puntuación de 4)
- Número de personas que reconocen correctamente los escenarios final de vida: 78%
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean la posibilidad de realizar una PAD: 63,40%
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean participar en redes de colaboración (voluntariado, docentes, colaboradores...): 56%

Hasta ahora el total de encuestas valoradas han sido 81. De ellas hemos obtenido el siguiente resultado en cada indicador:

- Número de personas que reconocen correctamente los escenarios del final de vida / número de personas que asisten a esta actividad: 86,4% (el valor objetivo era 50-60%)
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean la posibilidad de realizar una Planificación Anticipada de Decisiones (PAD): 67,9% (el valor objetivo era de 15-25%)
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean participar en redes de colaboración (voluntariado, docentes de talleres, colaboradores preparación talleres...): 58,02% (valor objetivo 5-10%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los componentes del proyecto estamos muy satisfechos con el alcance que está teniendo y los resultados obtenidos. No sólo por la difusión realizada a través de Congresos y Comités sino por lo que nos transmiten las personas que asisten a las distintas actividades.

Muchas de ellas nunca se habían planteado hablar en su entorno familiar sobre el final de vida y después de asistir a este taller lo están haciendo.

En torno al final de vida se acumulan la mayor parte de problemas éticos, tanto para los profesionales como para los pacientes y sus familias. Conocer cómo se debe tratar el final de vida y la muerte con naturalidad facilita la reflexión sobre el proceso de morir y la realización de una necesaria PAD.

Analizando las encuestas de valoración de los asistentes percibimos que muchos de ellos han tenido la oportunidad de comunicar sus miedos a su pareja, hijos o familiares más cercanos. Hasta ahora no se atrevían a hablar de este tema con ellos.

Casi todos los asistentes resaltan el hecho de que la mayoría de las personas no quieren hablar sobre sus deseos en el caso que la enfermedad empeore o los coloque en situación de incapacidad, y son pocas las personas que abiertamente se refieren a una muerte próxima con la intención de planificar sus cuidados. Señalan que en nuestra cultura hablar sobre la muerte sigue siendo un tabú, esta percepción lleva a la sociedad a ignorarla y a esconder lo que se relaciona con ella.

Conocer la PAD donde se habla de valores y deseos que la persona quiere que sean tenidos en cuenta en la atención sanitaria para el final de su vida, resulta útil tanto para los profesionales sanitarios como para la persona y la familia. Existen evidencias del impacto positivo de la PAD en la calidad de los cuidados del final de vida. Supone la expresión del proceso de toma de decisiones anticipadas de un paciente capaz, informado y ayudado por un equipo asistencial, acerca de la atención que desea recibir en posibles escenarios clínicos futuros sobre los que el paciente expresa sus preferencias para el caso en que ya no pueda decidir personalmente.

Por todo esto, nos parece importante seguir trabajando durante todo el año 2020. Realizaremos las actividades en otras localidades y se continuará difundiendo en el Comité de Bioética del Sector Teruel y de Aragón.

Todos los que trabajamos en este proyecto creemos que la atención al final de la vida debería ser importante en nuestro trabajo, tiene beneficios para los profesionales sanitarios, la institución, los pacientes y sus familias. Los profesionales deberíamos estar preparados para poder abordar estos temas, siempre desde la comprensión del paciente, sus valores y creencias.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0535

1. TÍTULO

APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE DIGNIFICANDO EL FINAL DE VIDA

Este proyecto es de la Dirección de Atención Primaria del Sector Teruel

*** ===== Resumen del proyecto 2019/535 ===== ***

Nº de registro: 0535

Título
APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE DIGNIFICANDO EL FINAL DE LA VIDA

Autores:
GOMEZ CADENAS CONCEPCION, LASHERAS BARRIO MONICA, AGUDO RODRIGO MARTA, CERESUELA LOPEZ AMELIA, LAINEZ LORENTE MARIA TERESA, ORTIZ VILLANUEVA LOURDES, GARCES MORERA CARMEN, LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Existe confusión en los diferentes escenarios relacionados con el final de la vida. La falta de formación genera confusión sobre términos relacionados con la muerte: eutanasia, suicidio asistido, sedación, rechazo a tratamiento, limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico. Pese a que el paternalismo médico se ha superado, la sociedad se ha infantilizado, los usuarios evitan tomar decisiones importantes sobre el proceso de enfermedad y de muerte. Se está poco preparado para tomar decisiones difíciles. Se requiere un cambio sociocultural para que se recupere la capacidad y la tranquilidad para afrontar lo que es inevitable. Se muere más y mal en los hospitales. La falta de apoyo social en el final de la vida y la falta de confianza de los pacientes ante los sanitarios para tratar el tema de la muerte preocupa y produce desajustes a todos los niveles. Vemos que existe una falta de trabajo conjunto que facilite la comunicación, es importante concienciar a los sanitarios y a la población de que la muerte es parte de la vida. Entorno al final de la vida se acumulan el mayor número de problemas éticos, tanto para los profesionales como para los pacientes y sus familias. Existen recursos que pueden ayudar en estas situaciones, como los Comités de Ética y las unidades de Cuidados Paliativos. En el primer caso, son poco conocidos por sanitarios y por la población y en el segundo, a menudo son insuficientes o no se utilizan adecuadamente. Ante los retos que plantean las sociedades tecnificadas, deberíamos revisar el porqué la población ha dejado de ocuparse del proceso del final de la vida, y hacer lo posible para devolver este fenómeno a la sociedad, tratando la muerte con normalidad y naturalidad y promoviendo actividades que faciliten la reflexión sobre todo el proceso en general de la muerte y en particular sobre la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD).

RESULTADOS ESPERADOS

- Promover la reflexión en la sociedad sobre la muerte como parte de la vida.
- Reflexionar acerca del mejor entorno para morir: hospital o domicilio.
- Suscitar en la población la importancia de asumir como algo propio el proceso del final de vida, para promover su participación en la toma de decisiones.
- Promover la creación de redes de colaboración en la atención y los cuidados al final de la vida.

MÉTODO

1. Cineforum donde se verán y analizarán diferentes películas y documentales para promover la reflexión y el debate general. Podrían ser "Truman" y "Los demás días"
2. Charla/Coloquio sobre conceptos que generan confusión alrededor de la muerte: eutanasia, suicidio asistido, sedación paliativa, Documento Voluntades Anticipadas, Planificación Anticipada de Decisiones,...
3. Café-coloquio sobre la Vida y la Muerte, donde promover la reflexión sobre la muerte. Facilitando la reflexión conjunta y compartir experiencias. Atención al duelo y creación de redes de voluntariado, acompañamiento, etc. La idea surge al conocer los Death Café, ejemplo en España es el obrador Mamia de Vitoria. Se propone hacer grupos pequeños (6 personas) en torno a una mesa con café, pastas y un mantel en el que poder escribir, dibujar, etc. Con una persona que recoja lo que se habla, y proponer preguntas clave sobre las que hablar. Para cada pregunta dar 15-20 minutos. Tras cada pregunta se hace un cambio de mesa excepto la persona que recoge lo que se habla. La idea sería hacer 3-4 preguntas con una recogida final de los puntos relevantes.
4. Encuentros tipo café-coloquio-taller, dirigidos a explorar la PAD y el DVA. Se facilitará la participación utilizando estrategias como el juego de cartas "Qué es importante para mí en el proceso final de vida".

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0535

1. TÍTULO

APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE DIGNIFICANDO EL FINAL DE VIDA

Estos encuentros irán dirigidos a promover la participación activa en el proceso del final de la vida, especialmente en la toma de decisiones que afectan a los servicios sanitarios.

INDICADORES

- Número de personas que reconocen correctamente los escenarios del final de vida/número de personas que personas que asisten a esta actividad (50-60%)
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean la posibilidad de realizar una Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) (15-25%)
- Porcentaje de personas que tras asistir a los talleres se plantean participar en redes de colaboración (voluntariado, docentes de talleres, colaboradores preparación talleres...) (5-10%)

DURACIÓN

Febrero: Constitución del grupo de trabajo y reunión para elaborar el proyecto
Marzo-Abril: reuniones de trabajo y reparto de tareas
Abril-Junio: 1ª y 2ª actividad. Evaluación de las actividades realizadas y adecuación a las necesidades.
Julio-Agosto: evaluar, reflexionar como grupo y programar las actividades para final de año.
Septiembre-Noviembre: 3ª y 4ª actividad.
Diciembre: análisis de resultados
La duración de las actividades será entre 1 y 3 horas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1199

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE JOAQUIN VICENTE MALLEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP TERUEL
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASAS SANZ MARIA JESUS
ORDAS ANORO MARIA SOLEDAD
PEREZ DIEZ CRISTINA
LOPEZ IBANEZ SAGRARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Redacción de un documento con las recomendaciones de frecuencia de autoanálisis del Servicio Aragonés de Salud (Salud) adaptado al Sector Teruel. Falta validarlo con Endocrinología, Grupo de Diabetes del Sector y coordinadores de diabetes de cada Equipo de Atención Primaria (EAP) del Sector.
-Elaboración de un nuevo impreso para la solicitud de Tiras Reactivas de Glucemia (TRG) al Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP). Falta validación con Endocrinología, Grupo de Diabetes del Sector y coordinadores de diabetes de cada EAP.
-Actualización de los listados de pacientes a los que se dispensan TRG en el Sector Teruel (tipo de DM, diabetes gestacional, éxitus, pacientes desplazados), por EAP y por CIAS, a partir de la base de datos antigua que tenemos en el SFAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-El Servicio de Informática del Hospital Obispo Polanco está terminando de implantar el programa informático que ha desarrollado el Servicio de Informática del Hospital de Alcañiz para facilitar el seguimiento de los pacientes diabéticos que utilizan TRG.
-A fecha de 25 de enero de 2017, el programa informático está disponible en el SFAP. Se ha creado una nueva base de datos en dicho programa con datos de pacientes a los que se dispensan TRG actualmente (nombre, tipo de DM, tipo de TRG que utiliza); datos de profesionales del Sector (CIAS (médico, enfermera) de los EAP del Sector Teruel); y de los distintos tipos de TRG disponibles para su dispensación en Aragón (Acuerdo Marco 10/2015).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente terminar de desarrollar la parte del programa que permita a los EAP del Sector hacer la solicitud de tiras para cada paciente a través de una aplicación web del programa y monitorizar la dispensación y consumo de TRG.

7. OBSERVACIONES.

Cuando se presentó este proyecto, Sara Guillén Lorente era la responsable del mismo. Como ya no se encuentra trabajando en el Sector Teruel, envía Cristina Pérez Diez, componente del equipo de mejora, la memoria del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1199 ===== ***

Nº de registro: 1199

Título
OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Autores:
GUILLEN LORENTE SARA, PEREZ DIEZ CRISTINA, CASAS SANZ MARIA JESUS, ORDAS ANORO MARIA SOLEDAD, VICENTE MALLEN
JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1199

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El autoanálisis de glucemia capilar es un componente imprescindible para el autocontrol de la diabetes cuyo objetivo es mejorar el control metabólico del paciente diabético mediante la prevención de hipoglucemias y ajuste de la medicación, de la dieta o del ejercicio físico. Los niveles glucémicos en los pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) son más estables que en los diabéticos tipo 1 (DM1). La evidencia científica disponible no sugiere beneficios claros en pacientes con DM2 no insulinizados (salvo en pacientes muy motivados o con riesgo de hipoglucemias). Para pacientes con DM2 no tratados con antidiabéticos orales (ADOs) ó en tratamiento con ADOs no se recomienda el autoanálisis de forma rutinaria, con excepción de los tratados con fármacos con riesgo de producir hipoglucemias (sulfonilureas, glinidas). Para algunos de estos pacientes, las mediciones de glucemia en ayunas realizada de forma intermitente en la consulta de enfermería, puede ser suficiente para adaptar el tratamiento acompañado de mediciones periódicas de los niveles de HbA1c. En pacientes con DM2 tratados con insulina se recomiendan autoanálisis de glucemia capilar con mayor frecuencia para detectar hipoerglucemias o hipoglucemias asintomáticas.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.No usar tiras reactivas y glucómetros en pacientes con DM tipo II en tratamiento con ADOs con bajo riesgo de hipoglucemias y control estable, ya que la determinación periódica de HbA1c sería preferible para el ajuste de la terapia.
- 2.No usar tiras reactivas de glucemia para pacientes no capacitados para interpretar sus valores y actuar modificando sus hábitos o tratamientos, ya el autoanálisis sería una medida costosa, sin ningún beneficio.
- 3.No usar tiras reactivas en pacientes no colaboradores para realizar autocontrol, ya que la mera determinación de glucemias capilares no conllevaría cambios terapéuticos.

MÉTODO

- 1.Implantación de un programa informático que facilite la monitorización de los pacientes diabéticos que utilizan TRG en el Sector/EAP (tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético, grado de estabilidad de la enfermedad (estable/inestable), frecuencia del autoanálisis, tipo de TRG que utiliza y seguimiento de las dispensaciones).
- 2.Programación de sesiones formativas para el personal médico y de enfermería de los EAP sobre las recomendaciones de frecuencia de autoanálisis en Aragón y manejo del programa informático.
- 3.Revisión de los pacientes del EAP con DM2 que utilizan TRG. Se cumplimentará una solicitud para cada paciente que incluya tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético actual, TRG y frecuencia de autoanálisis que precisa. El impreso se remitirá al Servicio de Farmacia de Atención Primaria para su inclusión en el programa informático.
- 4.Promover el uso racional de TRG mediante la adecuación a la frecuencia de autoanálisis recomendada en el Acuerdo Marco para cada paciente y la mejora del conocimiento por parte de los diabéticos de su enfermedad.
5. Sesiones formativas e instrucciones del Acuerdo Marco a los Servicios de Inspección y Endocrinología del Sector.

INDICADORES

- Registro de sesiones formativas para personal médico y de enfermería sobre criterios de utilización de TRG y manejo del programa informático implantado.
- Estándar: 2 sesiones formativas (marzo 2017 y diciembre 2017) a los EAP y otras 2 sesiones formativas a los Servicios de Inspección y Endocrinología.
- Número de pacientes en los que se revisa el uso de TRG (número de impresos de solicitud de TRG completos y remitidos al SFAP/total de pacientes que utilizan TRG del EAP). Estándar: 50% de pacientes.
- Utilización eficiente de TRG. Disminución del coste de TRG para el EAP: Límite Inferior (LI):10% y Límite Superior: 20%.

DURACIÓN

Marzo -Abril 2017.

- Instalación del programa informático, creación de la nueva base de datos.Responsables: Servicio de Informática HOP, SFAP.
- Sesiones formativas para profesionales.Responsable: Farmacéutico de AP.
- Designación de un coordinador de diabetes del EAP. Responsable: Coordinador médico/enfermería EAP.

Mayo-Diciembre 2017.

- Revisión de los pacientes que utilizan TRS, programación de sesiones formativas para Inspección y Endocrino y seguimiento de las dispensaciones de TRG. Responsable: EAP y la DAP Teruek

Enero 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1199

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0211

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL: INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE CRISTINA PEREZ DIEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP TERUEL
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABELLA PEREZ LUIS ANGEL
CASAS SANZ MARIA JESUS
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
ORDAS ANORO MARIA SOLEDAD
VICENTE MALLEEN JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Inventario del almacén de medicamentos de AP. Control de caducidades, correcta conservación y almacenamiento de los medicamentos.
-Actualización de la guía farmacoterapéutica para los botiquines de los EAP del Sector Teruel.
-Actualización de las normas de conservación y/o dispensación de los medicamentos incluidos.
-Actualización del maestro de artículos del Servicio de Farmacia (SF) de AP (Farmatools®) por denominación común internacional (DCI).
-Definición de pactos de consumo de medicamentos entre el SF y cada uno de los 16 EAP del Sector Teruel, teniendo en cuenta consumos, población a la que atiende y dispersión que presenta.
-Revisión de los botiquines de medicamentos de los EAP del Sector Teruel. A fecha 25/01/2017, se han auditado los 16 botiquines de medicamentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Revisión del 100% de los artículos del maestro del SFAP (Farmatools®).
- Realización de 2 auditorías/revisiones del almacén de AP (enero, julio 2017)
- Definición de los pactos de consumo de los 16 EAP del Sector Teruel.
- Auditoría/revisión de los botiquines de medicamentos de los 16 EAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente la instalación de la aplicación web de petición de reposición de botiquines (Farmatools®) en los EAP del Sector, y la posterior organización de sesiones formativas para explicar el nuevo procedimiento de petición. Por lo tanto, este proyecto continuará durante todo el año 2018.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/211 ===== ***

Nº de registro: 0211

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL:
INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION

Autores:
PEREZ DIEZ CRISTINA, ABELLA PEREZ LUIS ANGEL, CASAS SANZ MARIA JESUS, GUILLEN LORENTE SARA, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO,
ORDAS ANORO MARIA SOLEDAD, VALDEARCOS ENQUIDANOS SANTIAGO, VICENTE MALLEEN JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

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.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0211

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL: INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION

PROBLEMA

La adquisición y dispensación de medicamentos a los 16 centros de salud del Sector Teruel (2 urbanos y 14 rurales) se gestiona desde el Servicio de Farmacia (SF) de Atención Primaria (AP). En la actualidad, la persona designada en cada centro realiza mensualmente la petición de medicamentos mediante un impreso en papel que envía por valija al SF para luego dispensarlos con el reparto preestablecido.

Objetivo principal: Mejora de la gestión de los botiquines de los EAP. Se implantará la petición de medicamentos a través de la Intranet del Sector mediante el programa informático Farmatools® en la URL que se configure desde el Servicio de Informática, quien ha autorizado ya este posible uso. Se suprimirá el impreso en papel evitando posibles extravíos y facilitando que el pedido llegue de forma inmediata al SF. Cada centro dispondrá de una clave de acceso y contraseña, evitando problemas de identificación. Las cantidades solicitadas se ajustarán, salvo excepciones justificadas, al pacto de consumo establecido y se podrán pedir medicamentos urgentes.

Esta herramienta permitirá a los responsables consultar la cantidad dispensada de cada medicamento solicitado antes de recibirlo físicamente para conocer si existe, por ejemplo, desabastecimiento; y si el pedido está preparado sin necesidad de consultarlo telefónicamente.

Objetivo secundario: Asegurar la gestión eficiente de los botiquines mediante un registro de todos los pedidos realizados y dispensados garantizando un mayor control de las existencias (cantidad, lote y caducidad).

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.Revisión e inventario del almacén de AP. Adecuación de existencias, control de caducidades y correcta conservación y almacenamiento.
- 2.Revisión de la guía farmacoterapéutica, reducción de las especialidades del stock al mínimo para facilitar al personal el conocimiento de los mismos y garantizar la selección eficiente.
- 3.Actualizar el maestro de artículos del SF de AP (Farmatools®) y ordenarlo por principio activo.
- 4.Definición de pactos de consumo entre el SF y los EAP considerando los consumos, la población a la que atiende y la dispersión que presenta.
- 5.Disminución de los posibles errores de medicación (EM) asociados al cambio de ofertas adquiridas desde el SF por desabastecimientos.
- 6.Disminución de las peticiones urgentes solicitadas inadecuadamente.
- 7.Garantizar la eficiencia en el control del consumo farmacológico, tanto en número de unidades dispensadas a los centros de salud como en coste total.

MÉTODO

- 1.Actualización del listado de medicamentos incluidos en los botiquines, pedido máximo (pacto) y observaciones (normas de conservación ó dispensación).
- 2.Instalación de la aplicación web del programa informático Farmatools® en los Centros de Salud.
- 3.Organización de sesiones formativas para explicar el nuevo procedimiento de petición y difusión de las claves de acceso para acceder a la aplicación.
- 4.Análisis de los datos: de reducción de pérdidas documentales (vales de psicótrópos, impresos de pedido), de consumos de medicaciones sustitutivas en casos de desabastecimiento (variaciones de coste unitario y global en estos episodios).

INDICADORES

- Número de artículos revisados y actualizados del maestro Farmatools®. Objetivo: 100% de artículos revisados.
- Número de revisiones/auditorías del almacén de AP realizadas. Objetivo: realizar una revisión semestral.
- Número de pactos definidos entre el SF y los EAP. Objetivo: definir los pactos de los 16 EAP del Sector Teruel.
- Número de centros de salud del Sector Teruel en los que se implanta la aplicación web de petición de reposición de botiquines. Objetivo: implantación en los 16 centros de salud.
- Episodios de desabastecimiento y coste de los fármacos sustitutivos empleados.
- Albaranes de petición perdidos, comparado con datos anteriores.
- Vales de psicótrópos perdidos, comparado con datos anteriores.
- Satisfacción percibida por los encargados de los botiquines de los EAP, mediante encuesta pre y post implantación de la herramienta.
- Número total de fármacos caducados encontrados en los botiquines pre y post implantación.
- Número de especialidades rechazadas por alteraciones pre y post implantación.
- Número de episodios "fuera de stock" en cada centro de salud y duración.

DURACIÓN

Agosto 2016

- Revisión de la guía de medicamentos para los botiquines de los EAP.
 - Actualización del maestro de artículos del SF.
 - Mejora del almacén de medicamentos de AP, inventario y revisión de caducidades.
- Septiembre-Diciembre 2016
- Definición de pactos entre el SF y los EAP.
 - Evaluación previa de los indicadores (pre-post) en los botiquines de los EAP.
 - Instalación de la aplicación web del programa informático en los Centros de Salud.
 - Formación del personal responsable de los botiquines en el manejo del programa Farmatools®.
- Enero 2017- Septiembre 2017
- Monitorización del gasto farmacéutico de los botiquines de los centros de salud.
 - Evaluación global de indicadores y comunicación de resultados.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0211

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL: INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION

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 - 2019/1202

1. TÍTULO

MEJORA ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDADES PALIATIVAS EN DOMICILIO EN EL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA AGUDO RODRIGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro ESAD TERUEL
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ESAD
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALEGRE MARTIN ROSA MARIA
DIAZ DIAZ TANIA
PEREZ GARCIA OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Ministerio de Salud y Consumo, publicó en 2001 las bases para el desarrollo del Plan Nacional de Cuidados paliativos y en junio de 2007, presentó la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos. Dichos documentos, han ayudado al desarrollo posterior de planes específicos de Cuidados Paliativos en las diferentes CCAA. Por lo que cada una ha implementado de forma independiente su propio proyecto. Como consecuencia cada Comunidad ha elegido el modelo de atención que más se ajusta a sus características, lo que ha favorecido que no sean modelos homogéneos. En Aragón se diseñó el Programa de Cuidados Paliativos y fue publicado en 2009, se apostó por adoptar el modelo de potenciación de la atención paliativa domiciliaria, a través de los Equipos de Atención Primaria y la creación de Equipos de Soporte de atención Domiciliaria (ESAD) dependientes de las Gerencias de AP. Con equipos de personal propio del sistema público de Salud y equipos de personal concertado con la Orden Hospitalaria San Juan de Dios prestan una actividad asistencial común pero con organización interna diferente.

El Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria de Teruel trabajaba con funciones, documentos y circuitos elaborados por la Asociación Española contra el cáncer, ya que en su origen perteneció a esta ONG. Modificados por el personal del equipo, adaptándolos a las diferentes etapas por las que ha pasado el equipo. Pasó de ser Unidad Móvil de Cuidados Paliativos de la AECC de Teruel a ESAD en 2005, cambiando el perfil de pacientes atendidos se observó por primera vez la necesidad de adaptar documentos y flujos locales.

Con la ampliación de recursos humanos del equipo en Abril de 2019 se valora la necesidad de una nueva revisión del sistema de recogida de información propio, circuito de derivación y sistema de comunicación entre pacientes y profesionales para mejorar la calidad de la atención. Con este propósito se ha trabajado en la elaboración de documentos, revisión de circuito de derivación, realización y registro de sesiones multidisciplinarias y se ha establecido un plan de formación, que son el objeto de este proyecto de mejora de calidad.

Se ha diseñado (en la primera quincena de abril) y elaborado una historia clínica adaptada a cuidados paliativos, en la que se recogen desde mediados del mes de abril :

- Datos de filiación necesarios para el registro de actividad propio del ESAD, que se envían mensualmente a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, servicio de Evaluación y Acreditación Sanitaria en Zaragoza
 - Datos generales de su EAP, nombre y CIAS del médico responsable, nombre de enfermera y centro de salud al que pertenece.
 - Datos clínicos relacionados con la enfermedad que motiva la derivación al equipo
 - Registro de existencia de documento de voluntades anticipadas (DVA)
 - Datos sobre la valoración de la situación del paciente domiciliario, tanto a nivel clínico, funcional, cognitivo, psicológico como social (identificación de cuidador principal, otros posibles apoyos,...) y planteamiento de un plan de actuación que incluye las medidas terapéuticas, cuidados y la planificación del seguimiento del paciente y cuidador.
 - Se incluye: un informe actualizado en el que se justifique la derivación a ESAD, un documento de evaluación y seguimiento de úlceras (tumores, por presión, vasculares,...), hoja de registro de tratamiento y receta electrónica actualizados, un informe de atención psicológica en los pacientes que se haya detectado la necesidad de apoyo por parte de la Psicóloga de la AECC, una hoja de control de infusores y vía subcutánea y otros dispositivos a vigilar por ESAD (ostomías, reservorios, PEG, ...) y una copia de la hoja de seguimiento por cada visita domiciliaria del ESAD.
- En el domicilio del paciente y en la primera visita el equipo se deja una carpeta para consulta del propio paciente, cuidador principal y profesionales sanitarios que intervengan en el proceso del paciente (EAP, Servicios de Atención continuada, O61, Atención Especializada,...) cuyo contenido se detalla a continuación:
- Informe de asistencia (rediseñado en mayo) sobre la evaluación del ESAD y el plan farmacoterapéutico que se propone al paciente y EAP.
 - Copia de la hoja de seguimiento (modificada y reimpressa en mayo) por cada visita domiciliaria realizada por el equipo.
 - Documento informativo, también elaborado y diseñado por el equipo en la segunda quincena del mes de abril, que contiene la definición del equipo, sus funciones, horario, ámbito de actuación, composición (especifica equipos y nombres de los profesionales que lo componen) y forma de contacto para el paciente y/o sus familiares.

En estos años de funcionamiento la presión asistencial del ESAD se ha ido incrementando de forma exponencial, lo que ha derivado en una desvirtuación del sistema de derivación de nuevos casos. Se ha estimulado así la procedencia de los pacientes de la Atención especializada, siendo mucho menor la de Atención Primaria. Ya que la visión desde el hospital es que el ESAD es una buena herramienta para la continuidad de cuidados, con una opinión positiva desde el punto de vista científico-técnico y de motivación. En general consideran al ESAD como equipo especializado y no como equipo de apoyo, con un conocimiento poco exacto de nuestras posibilidades de intervención, horarios y atribuciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1202

1. TÍTULO

MEJORA ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDADES PALIATIVAS EN DOMICILIO EN EL SECTOR TERUEL

Con el objetivo de retomar el origen del ESAD como Equipo de apoyo a AP y estimular la derivación de pacientes nuevos, se pactó en reunión con el equipo directivo de AP, que desde la Dirección mediante un mensaje informativo dirigido a los coordinadores de AP (enviado en el mes de mayo por e-mail) se transmitiera a los facultativos de los equipos que la atención, que los cuidados y seguimiento del paciente con enfermedad avanzada o con necesidades paliativas y de su familia se realizarán fundamentalmente por el equipo de atención primaria. Estos profesionales podrán contar, para la atención en domicilio con el equipo de soporte domiciliario para aquellos casos más complejos o en otras situaciones que lo precisen, solicitando la colaboración del ESAD a través de OMI utilizando una plantilla diseñada por nosotros.

Los equipos de soporte domiciliario son unidades multidisciplinares para la atención en domicilio de pacientes con enfermedad crónica, avanzada o paliativa (a lo largo de todo el proceso) limitación funcional, inmovilizados complejos o pacientes que independientemente de su problema de salud presenten una dificultad importante para desplazarse al centro de salud cuya duración se prevea mayor de 2 meses.

La intervención del ESAD debe estar limitada a:

- paciente paliativo (oncológico o con criterios de terminalidad de órgano, cuya esperanza de vida no supera el año)
- pacientes en situación clínica compleja (PCC, elevado nivel de dependencia, problemática social importante asociada...) con síntomas de difícil control (síntomas refractarios) a tratamiento habitual proporcionado a los EAP o con situaciones de dificultad de atención basadas en las características personales o situación familiar del paciente.

El nivel de complejidad del paciente determinara si la intervención del ESAD responderá a una actuación puntual o requerirá un seguimiento compartido. Determinándose los siguientes niveles de complejidad:

Nivel 1 (complejidad mínima) : necesidad de material /fármacos hospitalarios, necesidad de intervenciones hospitalarias puntuales.

Nivel 2 (complejidad media) : psicopatología con nivel de dependencia elevado establecido, síntomas mal controlados, trastornos preposicionales severos, problemas de adicción y/o elementos de complejidad relacionados con la familia.

Nivel 3 (complejidad máxima) : niño o adolescente, síntomas intensos (escala numérica mayor de 6 del ESAS) de difícil control : obstrucción intestinal / neurológica, pelvis congelada, situación de últimos días de difícil control, fallo cognitivo/delirium, trastorno del comportamiento secundario a afectación neurología previa, claudicación familiar, necesidades de estrategias y actuación compleja, existencia de pluripatología con deterioro agudo del nivel de dependencia y situación clínica inestable que precisa intervención terapéutica intensiva desde puntos de vista farmacológicos, instrumental y /o psicológica.

El ESAD, como equipo de apoyo y soporte a atención primaria incluirá en su programa a los pacientes que se deriven a petición expresa de su equipo de referencia. Para ello se ha elaborado el siguiente circuito de derivación:

El profesional del EAP percibe la necesidad de apoyo de acuerdo a los niveles de complejidad anteriormente citados, crea en OMI el episodio 320 (plan personal del paciente Inmovilizado/ Terminal/Dependiente), se pone en contacto con el ESAD por medio de las siguiente vía: Cita en agenda de ESAD Medicina como Demanda No Presencial rellenando formulario de Interconsulta a ESAD diseñado para este fin que se adjuntará en OMI en el apartado de plantillas, como documento adjunto.

Una vez solicitada la colaboración de los ESAD la primera visita domiciliaria para la valoración inicial del paciente y de la unidad familiar la realizarán conjuntamente los miembros del ESAD y el/los profesional/es de AP que hayan solicitado su intervención. El personal administrativo que apoya al ESAD se pondrá en contacto con el equipo de AP para la programación de la misma.

Para el paciente oncológico se ha desarrollado una vía especial, por las características propias de este tipo de pacientes desde el servicio de oncología de HOP en reunión semanal de la subcomisión de cuidados paliativos o a través de correo electrónico enviando informe actualizado de la situación clínica. El ESAD tendrá un tiempo máximo de 48h para la comunicación de la inclusión en programa del paciente a su EAP, en cumplimiento de las Instrucciones de 12 de diciembre de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por las que se establecen los flujos y derivación a hospitales de convalecencia y para la intervención de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, será en este caso el personal administrativo adscrito al ESAD el encargado de contactar, recogiendo la información necesaria para planificar la primera visita. En caso de que los pacientes se encuentren institucionalizados en Residencia Geriátrica Pública (IASS), la derivación se llevará a cabo por los médicos y/o enfermeras de la citada institución utilizando la misma plantilla de derivación diseñada para los Equipos de Atención Primaria, y se enviarán una vez cumplimentadas por correo electrónico al e-mail del ESAD (esad.teruel@salud.aragon.es). Un miembro de Equipo de soporte revisará diariamente el correo de la unidad Según los propios profesionales de paliativos, existe una gran diferencia en nuestro trabajo con respecto a otros ámbitos del mundo sanitario, y es que el objetivo principal al que nos enfrentamos no es curar, sino cuidar y acompañar . Es por ello que la dimensión de equipo se desarrolla de forma transversal en los equipos de cuidados paliativos debido a la voluntad de integrar en la atención a los pacientes las dimensiones física, psicológica, social y espiritual. Lo primero es el abordaje y el bienestar físico, es lo ineludible. El trabajo del equipo básico de médico y enfermera es la base y puerta de entrada sobre la que se sostienen el resto de intervenciones. Los pacientes y familiares es lo que esperan y demandan: el control del malestar físico. El resto de servicios que ofrecen CP se van integrando respetando la autonomía y preferencias de los pacientes y familiares. Cuestión que obliga a tener modelos organizativos flexibles como el nuestro, que permitan la entrada del resto de dimensiones de la atención según necesidades detectadas por el ESAD, como el apoyo psicológico que en nuestro medio lo proporciona la AECC de Teruel de forma desinteresada y que se presta ya en algunas ocasiones en visita conjunta domiciliaria.

El trabajo en equipo es una figura ampliamente aceptada dentro del ámbito sanitario y sus virtudes tienen un amplio consenso entre los profesionales de AP, una mayor eficacia y calidad en la atención, un mejor aprovechamiento de recursos humanos y materiales y, en general, un impacto positivo en el desarrollo de la labor de los profesionales y reflejado en la calidad asistencial. La interdisciplinariedad se produce cuando existe cooperación y coordinación de manera simultánea, la transdisciplinariedad aparece cuando además de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1202

1. TÍTULO

MEJORA ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDADES PALIATIVAS EN DOMICILIO EN EL SECTOR TERUEL

coordinación y cooperación entre las diferentes disciplinas, éstas se integran y se mezclan, como ocurre en algunas de nuestras visitas domiciliarias. Con el propósito de fomentar el trabajo en equipo y mejorar la comunicación entre los profesionales, así como plantear las mejores estrategias de seguimiento de los pacientes, se ha instaurado un plan semanal de reuniones interdisciplinarias en las que participan los médicos y enfermeras del ESAD, psicólogo de AECC Teruel, y los estudiantes de enfermería y residentes de medicina familia que rotan por la unidad. Se ha realizado un registro de las reuniones llevadas a cabo desde el inicio del proyecto con un documento/libro de registro que hemos diseñado para este fin. Se ha diseñado en el mes de mayo un plan formativo a profesionales sanitarios de nuestra área de influencia, consistente en una sesión clínica formativa, en formato power point, en la que se describe el trabajo y funciones del ESAD, composición, nuevo horario, mecanismo de derivación y modo de contacto. Para valorar el impacto de los cambios en la población que atendemos se ha elaborado en el mes de mayo una encuesta de satisfacción para pacientes y/o familiares en relación a la asistencia prestada por el ESAD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES Y EVALUACIÓN

Número de derivaciones correctamente cumplimentadas: 100%

Porcentaje de derivaciones desde AP con respecto al total : N° de derivaciones de APx100/ total de pacientes

nuevos en programa=91x100/146= 62,32%

Porcentaje de derivaciones de otros servicios= total de pacientes nuevos en programa-pacientes derivados de AP=

100-62,32= 37,16%

Porcentaje de visitas conjuntas con AP: N° de visitas conjuntas ESAD+AP/N° total de visitas= 79x100/146=50,1%

Porcentaje de valoraciones iniciales de pacientes incluidos en programa: N° de valoraciones iniciales/ N° total de

pacientes nuevos= 135x100/146= 92,46%

Porcentaje de registro de posesión de Documento de Voluntades Anticipadas: 100%

N° de reuniones realizadas/N° de reuniones previstas= 74x100/75=98,66%

El resultado cuantitativo de los datos obtenidos, es el siguiente:

Se ha observado un estímulo de las derivaciones desde los EAP hacia el ESAD ya que previamente (en el periodo anterior a la creación del programa) se partía de un 55% de derivaciones y se ha alcanzado el 62,32%, incrementándose en un 11% en el periodo evaluado.

Las visitas conjuntas entre EAP y ESAD, se han visto incrementadas en un 7%, inicialmente el dato era un 37,16% se ha incrementado un 7% siendo ahora de un 44,5%.

Por el contrario se ha evaluado un claro descenso del 11% en la derivación procedente de otros servicios en relación al total de pacientes atendidos.

Con el nuevo método de valoración diseñado, del total de pacientes incluidos en programa en este periodo (146) se han valorado 135, lo que supone un 92,46%, cubriendo las expectativas que habíamos marcado inicialmente, que eran superar el 90%. En todos los pacientes, se consultó la existencia de documento de voluntades anticipadas y se registro en OMI en el apartado correspondiente ESAD proceso asistencial.

El número de reuniones realizadas tanto de equipo como interdisciplinarias alcanza el 98,66%, superando el 90% que inicio habíamos marcado como objetivo.

Estos resultados se han obtenido a pesar de que actualmente la difusión no se ha podido completar de la forma a priori establecida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El aumento del número profesionales (1 médico y 1 enfermera más) en el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria de Teruel condiciona un cambio en la organización y funcionamiento de la asistencia como hasta ahora se estaba realizando. Se ha observado la necesidad de revisar los flujos de pacientes, la forma de registro de información en historia clínica, la forma de transmitir esa información a pacientes, familiares y compañeros de AP para mejorar la calidad de la atención, en nuestro caso tanto enfermos y cuidadores como a profesionales con los que compartimos la atención.

Con este objeto se han diseñado los documentos anteriormente descritos cuyos cambios han sido valorados subjetivamente por los integrantes del ESAD de forma positiva, reflejándose en una mayor agilidad de recogida de datos, una información más adecuada y visual que facilita la visión global de la situación del paciente. Es de interés de todos los profesionales sanitarios el conocer si el paciente ha formalizado DVA y desde el ESAD se consulta y registra esta información en todos los pacientes que atendemos.

El protocolo de derivación se ha diseñado y dado a conocer a algunos profesionales de AP así como a algunos de los vocales de la subcomisiones de cuidados paliativos y han aportado las sugerencias que les han parecido oportunas, en general con una valoración positiva para el inicio de su implementación y su funcionamiento.

En relación a la difusión de estos cambios se había diseñado un plan formativo entre los equipos de AP, hospitales de nuestra área y centros residenciales públicos (IASS). La cual no ha podido llevarse a cabo por causas ajenas a la voluntad de los profesionales del equipo, por falta de personal para mantener la atención domiciliaria durante varios meses y priorizar la asistencia sobre la formación. Es nuestra intención retomar el citado plan y desarrollarlo durante el próximo año. Se realizara una sesión clínica en cada centro explicando detalladamente la información respecto a estos cambios.

Por otra parte, el envío de la encuesta de satisfacción diseñada para valorar la opinión de pacientes y familiares también se ha pospuesto por falta de apoyo administrativo, por lo que se solicita una ampliación del periodo de realización del proyecto para la próxima convocatoria.

7. OBSERVACIONES.

Se solicita una ampliación del periodo de realización del proyecto para la próxima convocatoria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1202

1. TÍTULO

MEJORA ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDADES PALIATIVAS EN DOMICILIO EN EL SECTOR TERUEL

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1202 ===== ***

Nº de registro: 1202

Título
MEJORA ATENCION AL PACIENTE CON NECESIDADES PALITIVAS EN DOMICILIO EN EL SECTOR TERUEL

Autores:
AGUDO RODRIGO MARTA CRISTINA, ALEGRE MARTIN ROSA MARIA, DIAZ DIAZ TANIA, PEREZ GARCIA OLGA, RAGA WICHI ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: ESAD TERUEL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS AQUELLAS QUE PUEDEN REQUERIR CUIDADOS PALITIVOS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la calidad asistencial del paciente con necesidades paliativas en domicilio

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento de la prevalencia de personas con enfermedades crónicas evolutivas con pronóstico de vida limitado ha incrementado las necesidades y demandas. El domicilio es el lugar idóneo para procurar dicha atención, tanto por las preferencias de las personas, como por la actuación centrada en el contexto afectivo y social, con una visión comunitaria. Hay evidencia internacional y en España de resultados claves de efectividad, eficiencia y satisfacción de los ESAD, de las medidas de mejora en EAP y de la combinación y cooperación entre ambas.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es la mejora de la cobertura y calidad en la atención al paciente paliativo - crónico complejo domiciliario.
Otros objetivos serían:
- Fomentar la derivación por AP
- Realizar evaluación inicial orientada tanto al paciente paliativo como al crónico, ambos mediante diseño de protocolo e historia clínica previamente elaborados por el ESAD.
- Informe de asistencia completo en domicilio.
- Los pacientes incluidos en programa del ESAD tendrán conocimiento de los recursos a los que pueden acceder en este estadio así como del circuito.
- Elaboración del plan farmacoterapéutico del paciente.
- Registro de documentos de voluntades anticipadas o plan anticipado de decisiones.
- Objetivos de trabajo en equipo: reuniones multidisciplinares e interdisciplinarias y plan de formación continuada anual.

MÉTODO

Se elaborará:
- Un documento informativo para paciente y familiares sobre normas y funcionamiento del ESAD que se entregará en la primera visita.
- Una historia clínica para el equipo e informe de asistencia para el paciente.
- Protocolo de derivación para profesionales de atención primaria.
- Se realizarán sesiones clínicas formativas en los centros de salud del sector, residencias geriátricas y hospitales (HOP, HSJ, HSJD). Al resto de residencias se les invitará a la charla en su respectivo centro de salud.

INDICADORES

- Número de derivaciones correctamente cumplimentadas
- Porcentaje de derivaciones desde Atención Primaria con respecto al total
- Porcentaje de derivaciones de otros servicios
- Porcentaje de llamadas recibidas por el equipo ESAD de los pacientes/familiares (fuera del horario laboral)
- Porcentaje de visitas conjuntas con Atención Primaria
- Porcentaje de valoraciones iniciales de pacientes incluidos en programados
- Porcentaje de registro de posesión documento de voluntades anticipadas/plan anticipado de decisiones
- Número de reuniones realizadas/número de reuniones previstas
- Encuesta de satisfacción de pacientes

DURACIÓN

- Reunión del grupo de trabajo para elaborar el proyecto: abril 2019
- Reuniones de trabajo y reparto de tareas: primera semana de abril
- Elaboración de documentos: abril y mayo 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1202

1. TÍTULO

MEJORA ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDADES PALIATIVAS EN DOMICILIO EN EL SECTOR TERUEL

- Charlas informativas: desde mayo 2019 hasta febrero 2020
- Análisis de resultados: febrero 2020
- Conclusiones: marzo 2020
- Fecha inicio del proyecto: abril 2019 y finalización en marzo 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ALMUDENA MARTINEZ SOTO
• Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
• Centro CRP SAN JUAN DE DIOS
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUEDA GARFELLA CARMEN
CARCELERO ASENSIO PILAR
LOPEZ GARCIA ROCIO
GARCIA JIMENEZ JESUS
GOMEZ CHAGOYEN BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES PREVIAS A LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO

- Información del proyecto al personal del centro
En una reunión del equipo multidisciplinar formado como mínimo por un representante de cada uno de los profesionales que van a participar en el proyecto (psicóloga, trabajadora social, psiquiatra, terapeuta ocupacional, personal auxiliar y de enfermería), se valora la pertinencia del proyecto y se decide la puesta en marcha del proyecto. Posteriormente el personal que participa en la reunión informa a sus homólogos de los resultados de esta reunión.
Al resto del personal del centro que no forma parte del equipo multidisciplinar como el conductor y la peluquera se les informa personalmente del proyecto.
- Selección de los candidatos para participar en el proyecto
El equipo multidisciplinar reunió a principios del 2017 para seleccionar a los candidatos a participar en el proyecto.
En una primera criba se han determinado de todos los usuarios de la ULE cuales cumplen el criterio de ser usuarios con Trastorno Mental Grave institucionalizados con sintomatología altamente significativa en "Retraimiento Social" y "Evitación Social Activa". A principios del 2017 en la ULE había 61 usuarios de los cuales 34 cumplían el criterio para ser candidatos para el proyecto.
En una segunda criba se han excluido aquellos usuarios que no podían participar por formar parte de los talleres prelaborales del centro: jardinería y club social (cafetería) o por la gravedad en su sintomatología orgánica y/o psiquiátrica. De los 34 candidatos que cumplían el criterio, 4 usuarios se han excluido por incompatibilidad de horarios de los talleres prelaborales con los horarios de las salidas y 6 usuarios se han excluido por la gravedad en su sintomatología orgánica (ver último párrafo del apartado recursos materiales necesarios) y/o psiquiátrica. Finalmente se han seleccionado a 24 usuarios para participar en el proyecto.
- Elaboración de la plantilla de registro de las salidas a la comunidad
En el proceso de elaboración de la plantilla de registro de las salidas a la comunidad, se ha tenido en cuenta la pertinencia de la inclusión de los siguientes ítems por considerarse los más relevantes poder efectuar un posterior análisis de la actividad:
 1. Los usuarios que participan en el proyecto.
 2. Salidas a la comunidad: fecha, hora, lugar y motivo.
 3. Asistencia a la actividad.
 4. Faltas de asistencia a la actividad:
 - o Faltas justificadas: visita médica, visita familiar, estancias en el domicilio familiar, tolerancia a ese tipo de salida, enfermedad orgánica y descompensación psicopatológica,..
 - o Faltas injustificadas: verbalizar no querer realizar la salida o no encontrar al usuario a la hora de la salida sabiendo con certeza que es conocedor de que se va a efectuar una salida.
 5. Comentarios/Observaciones sobre los participantes durante el transcurso de cada salida.
- Selección de los eventos y los posibles lugares de Teruel para efectuar las salidas a la comunidad
Se valora por parte del equipo multidisciplinar los posibles eventos anuales a tener en cuenta que pueden ser interesantes a los candidatos a participar en el proyecto: fiestas del Ángel, navidades, medievales,... y se seleccionan las cafeterías más céntricas y concurridas para favorecer la interacción de los usuarios con personas conocidas (familiares, amigos, compañeros de otros centros, profesionales actuales o jubilados de nuestro centro de trabajo,...). Las cafeterías seleccionadas han sido en la plaza del Torico y en la plaza de San Juan.
- Determinar los recursos personales necesarios
 - o Personal que incida en los hábitos de higiene y vestido: Responsables el personal auxiliar y peluquera
 - o Personal que organice, supervise y evalúe las salidas a la comunidad y acompañe a los participantes: Responsables el Psiquiatra, Psicóloga, Trabajadora Social y Terapeutas ocupacionales con el apoyo en las salidas de otros profesionales como el personal auxiliar, en prácticas (EIR,...), dirección,...
 - o Personal que desplace a los usuarios de movilidad reducida en el vehículo del SALUD: Responsable el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

conductor

- Determinar los recursos materiales necesarios
Los candidatos de movilidad reducida, si pueden ir andando al centro de la ciudad, necesitan ayudas técnicas como bastones, Scooter,... y si no pueden ir andando al centro de la ciudad, pero pueden andar distancias más cortas, necesitan para su desplazamiento el vehículo del SALUD.
Los pacientes de la ULE que tengan grandes dificultades en la deambulacion hasta que no finalice el trámite de la compra del vehículo adaptado por parte del centro no podrían ser candidatos a participar en este proyecto.

ACTIVIDADES REALIZADAS PREVIAS A CADA SALIDA

1. Reunión del equipo multidisciplinar (psicóloga, trabajadora social, psiquiatra, terapeuta ocupacional, personal auxiliar y de enfermería), para detectar y seleccionar los pacientes a incluir en cada una de las salidas:
El día anterior a la salida se reúne el equipo a primera hora de la mañana y se confecciona el listado provisional de los pacientes teniendo en cuenta el estado psicopatológico, físico y posibles incidencias que puedan impedir la salida del centro (consultas médicas, pruebas funcionales, visitas familiares...)
Se determina el personal necesario para la supervisión y control de los pacientes.
Se comunica de forma individual a cada uno de los pacientes seleccionados que se va a efectuar una salida, informando sobre el contenido de la misma, fecha, hora de salida y lugar donde tiene que estar preparados. Se recaba información sobre el interés de realizarla por su parte para incluirlo o no en el listado definitivo. Se interviene en el caso de negativa para internar convencerlo y buscar lo que pueda ser reforzante para el paciente y conseguir que la actividad le sea atractiva. De este modo queda confeccionado el listado definitivo.
2. Se comunica el listado definitivo a:
 - o Personal de enfermería: El cual se encargará de la puesta a punto de estos pacientes (Aseo, vestido adaptado a la climatología, ayudas técnicas necesarias...)
 - o Peluquería: como apoyo en el cuidado de la estética
 - o Portería: Para que tengan conocimiento de los que estarán fuera e informar de ello a posibles visitas o llamadas telefónicas de familiares o conocidos.
3. Se solicita al conductor la reserva del vehículo para trasladar a los pacientes que lo necesitan por su movilidad reducida
4. Se hace la reserva en la cafetería donde se va a realizar el almuerzo y en los lugares que se vayan a visitar por su interés cultural, turístico, eventos y exposiciones.

ACTIVIDADES REALIZADAS EL DÍA DE LA SALIDA

1. Supervisión de la higiene y vestido de los pacientes incluidos en la lista.
2. Reparto de los pacientes en pequeños grupos de modo que en cada uno de ellos haya un responsable que los tutorice durante el recorrido para un mayor control y supervisión.
3. Una vez realizado el paseo o visita nos trasladamos a realizar un almuerzo a la cafetería, siendo la actividad más apetecible y demandada por los pacientes. Se les hace participe en la elección de las consumiciones para que expresen sus preferencias según sus gustos.
4. Durante el almuerzo se orienta y estimula la conversación. Se tratan temas relacionados con el entorno cercano, visita realizada.....
5. Por parte del personal se observa la conducta, habilidades sociales e interacción entre ellos, personal y entorno.

ACTIVIDADES POSTERIORES A LA SALIDA

Reunión del equipo para registrar y evaluar las observaciones e incidencias que han sido recogidas durante la jornada.

CALENDARIO DE SALIDAS

Se han efectuado un total de 10 salidas:

- 1 en invierno
- 4 en primavera
- 1 en verano
- 4 en otoño

Se cumple así con la previsión y promedio de 1-2 salidas mensuales en primavera y otoño. Al permitirlo la climatología se han efectuado también una en verano y otra en invierno.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LOS REGISTROS

Al finalizar el proyecto, con los datos recopilados de las plantillas de cada salida, en primer lugar se ha efectuado un análisis cuantitativo y cualitativo del proyecto, teniendo en cuenta el indicador para determinar si los resultados se ajustan a los resultados mínimos a alcanzar y en segundo lugar se analizan los datos más

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

significativos de los registros.

- Resultados alcanzados en relación al indicador del proyecto
Se entrega a la dirección del centro una plantilla donde se engloba todos los ítems de la plantilla de registro de salidas (ver elaboración de la plantilla de registro) y los resultados de los 10 registros de las salidas a la comunidad. En este apartado sólo se realiza un resumen de los resultados para determinar si se alcanzan los resultados marcados para este proyecto.
Indicador: Indicador: % de usuarios con TMG de la ULE que salen a la comunidad y que antes sólo salían excepcionalmente.
Tendrán esta consideración los usuarios que han participado en el 25% de las salidas en las que han sido candidatos aunque se trasladen a otras unidades.
No se computaran las salidas en las que no participan por una causa justificada: visita médica, visita familiar, estancias en el domicilio familiar, tolerancia a ese tipo de salida, enfermedad orgánica y descompensación psicopatológica,..
Resultados mínimos a alcanzar: 15% de usuarios con TMG que salen a la comunidad y que antes sólo salían excepcionalmente.
Resultados de proyecto:
? Nº de candidatos a las salidas = 24 candidatos (ver apartado de selección de candidatos)
? Nº de candidatos que no participan en las salidas= 11 candidatos
? % Candidatos que no participan en las salidas = 45,8%
? Nº de candidatos que participan en las salidas = 13 candidatos
? % Candidatos que participan en las salidas = 54,2%
? % promedio de asistencia de candidatos que participan en las salidas (mínimo 25%) = 91,79%
? % Candidatos que participan y cumplen el criterio de salir el 25% de las salidas = 100%
- Datos relevantes tras el análisis de los registros
o En la gran mayoría de los casos, las faltas injustificadas (no querer salir o no encontrarse por el centro a la hora de la salida) se dan más en las primeras salidas.
o En la gran mayoría de los casos, lo más difícil es convencer a los usuarios salir la primera vez, las 2-3 veces siguientes cuesta pero un poco menos y posteriormente empiezan a establecer una rutina.
o En la mayoría de casos se ha observado que aunque habían dejado de salir a la comunidad cuando estaban en una fase de desestabilización psicopatológica, al estar en estos momentos más estables, solamente con estímulo en las primeras salidas, están más receptivos a salir a la comunidad.
o En la mayoría de casos aunque con el paso del tiempo se van adaptando a las salidas regulares, puntualmente en alguna salida necesitan estímulo o más estímulo de lo habitual.
o En algún caso se observa, de manera más evidente, una tolerancia progresiva a la actividad, al principio casi no salen a la comunidad y con el tiempo salen cada vez más veces.
o En un caso, en todas las salidas ha sido necesario estímulo para salir a la comunidad.
o En la gran mayoría de los casos, después de efectuar un análisis cualitativo de los registros de salidas, con el paso del tiempo se observa un mayor disfrute de la actividad y predisposición a salir a la comunidad.
o Respecto a esto último, también se evidencia en los comentarios de los participantes registrados después de las salidas y previos a las salidas.

IMPACTO DEL PROYECTO EN LA CONSECUICIÓN DEL LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO

El proyecto tenía como objetivo principal: Aumentar la frecuencia de las salidas al exterior del centro de estos usuarios y como objetivos secundarios:

Incidir en la sintomatología negativa

Mayor interacción social en un entorno normalizado

Mantenimiento/ mejora de las habilidades sociales

Mantenimiento/mejora de hábitos e intereses

Mantenimiento/mejora de hábitos de higiene y vestido

Mantener el mayor tiempo posible los vínculos sociales y familiares

Estimulación física: fomentar la deambulaci3n y mantener/mejorar su resistencia física

Estimulaci3n cognitiva: atenci3n, orientaci3n temporal (horarios, fechas, festividades,... en relaci3n con las salidas), orientaci3n espacial (recorridos por la ciudad), orientaci3n a la realidad, memoria (espacial, nominal,...), reminiscencia, calculo aritmético, lenguaje, seguir instrucciones, toma de decisiones,...

En relaci3n al objetivo principal, con este proyecto se ha conseguido aumentar la frecuencia de las salidas al exterior del centro de estos usuarios, tal y como ha quedado patente en el apartado de resultados alcanzados en relaci3n al indicador del proyecto.

En relaci3n a los objetivos secundarios, con este proyecto se ha conseguido incidir adem3s de en la sintomatología negativa (apatía, abulia, anhedonia,...), en las múltiples consecuencias de la pérdida de contacto con el exterior de los pacientes con trastorno mental grave institucionalizados, tal y como se indican a continuaci3n:

- Escasas interacciones sociales y perdida de habilidades sociales:
Se vieron mitigadas al aumentar la interacci3n con el entorno normalizado.
- Pérdidas de lazos familiares y amistades:
Durante las salidas algunos pacientes se encontraron con vecinos, amigos, conocidos, a los que reconocieron y hubo respuesta emocional, salud e interacci3n con ellos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

- Pérdidas de intereses educativos/formativos:
Las visitas de interés cultural, turístico, eventos y exposiciones, despertaron inquietud en determinados pacientes, formulando preguntas, despertando curiosidades y avivando el interés por la información.
- Pérdidas de hábitos e intereses de ocio y tiempo libre:
Se consiguió que parte de la rutina adquirida en la institución se rompiera. Aumentaron sus ganas de salir del centro demandando su realización periódica y mostrando su descontento cuando no se salía.
- Pérdida de habilidades sociales:
Ha aumentado la comunicación de los pacientes a través del lenguaje, mayor capacidad de seguir una conversación con contenido informativo, seguimiento de instrucciones, toma de decisiones
- Pérdida de hábitos de higiene y vestido:
Mayor preocupación por su aspecto, reclamando cierta indumentaria adaptada al exterior, repercutiendo en una mejora general de su imagen, vestido y estética.
- Disminución de la estimulación cognitiva:
Orientación temporal (horarios, fechas, estaciones, festividades,...)
Orientación espacial (recorridos por la ciudad)
Orientación a la realidad (acontecimientos...)
Estimulación de la memoria (nominal, episódica, reminiscencia,
Reconocimiento de personas conocidas
Mayor atención
- Sedentarismo:
Debido a que las salidas se han realizado a pie, se ha fomentado el ejercicio físico, mejorando su resistencia y salud física día a día. La distancia entre el hospital y el centro histórico ya es en sí misma significativa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

- Teniendo en cuenta los resultados obtenidos tanto los cuantitativos como los cualitativos, este proyecto ha favorecido que más de la mitad de los candidatos a participar en las salidas retomaran su contacto con la comunidad.
- Ha existido una muy buena aceptación del proyecto por parte de los pacientes incluidos en el mismo, además de una excelente predisposición a su realización.
- Se ha conseguido que cierto tipo de pacientes con elevadas dificultades en las relaciones sociales y tendencia al aislamiento se interesen por la actividad o incluso reclamen su realización periódica.
- El fomento de las salidas de pacientes institucionalizados con Trastorno Mental Grave ha propiciado el contacto con otras personas, conocidas o no, fuera del centro. Este hecho ha sido vivido con agrado.
- A nivel profesional ha resultado una actividad gratificante y sumamente enriquecedora para el conocimiento de las habilidades de comunicación, comportamentales y de relación de este tipo de pacientes fuera de la institución.
- Dado el bajo coste, que no necesita presupuesto adicional además del enganche y buena respuesta de los pacientes, es viable su mantenimiento a lo largo del tiempo.

RECOMENDACIONES

1. Dado que ningún participante ha salido por su cuenta después de finalizar el proyecto y que los datos cualitativos reflejan un interés creciente en los participantes por realizar estas salidas programadas, sería beneficioso el mantenimiento de esta actividad en el centro, programando regularmente salidas a la comunidad con personal de apoyo para favorecer el contacto de estos usuarios con la comunidad.
2. Como en la selección de los candidatos a participar en las salidas han tenido que quedar excluidos usuarios con limitaciones físicas por patología o edad (ver apartado selección de los candidatos) sería conveniente finalizar la tramitación de la compra del vehículo adaptado para el centro para favorecer las salidas a la comunidad de estos usuarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1554 ===== ***

Nº de registro: 1554

Título
ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

Autores:

MARTINEZ SOTO ALMUDENA, RUEDA GARFELLA CARMEN, CARCELERO ASENSIO PILAR, GARCIA JIMENEZ JESUS, GOMEZ CHAGOYEN BLANCA, LOPEZ GARCIA ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP SAN JUAN DE DIOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Muchos casos de trastorno mental grave institucionalizados en la ULE con el paso del tiempo dejan de salir progresivamente del centro e interaccionar con el exterior pese a ser un centro abierto. Estos usuarios no salen a la comunidad salvo por circunstancias excepcionales: médicas, trámites burocráticos,...

-Las causas más frecuentes son:

Sintomatología negativa: apatía, abulia, anhedonia,...

Perdidas de vínculos familiares y sociales

Tiempo en la institución

Aceptación de su sintomatología por parte de los profesionales

Falta de estímulo por parte de los profesionales de sus hábitos e intereses

Disminución de la movilidad por la edad, enfermedades orgánicas, sintomatología negativa,...

Distancia de CRP al centro de la ciudad

Barreras arquitectónicas en la ciudad

-Las consecuencias más relevantes de la pérdida de contacto con el exterior pueden ser:

Perdidas de lazos familiares y amistades

Relaciones sociales restringidas

Disminución de las interacciones sociales normalizadas

Perdidas de habilidades sociales

Perdidas de hábitos e intereses educativos/formativos

Perdidas de hábitos e intereses de ocio y tiempo libre

Perdida de hábitos de higiene y vestido

Disminución de la estimulación cognitiva

Sedentarismo

Institucionalización

Desconexión con la sociedad

Estigma

RESULTADOS ESPERADOS

-Principal:

Aumentar la frecuencia de las salidas al exterior del centro de estos usuarios

-Secundarios:

Incidir en la sintomatología negativa

Mayor interacción social en un entorno normalizado

Mantenimiento/ mejora de las habilidades sociales

Mantenimiento/mejora de hábitos e intereses

Mantenimiento/mejora de hábitos de higiene y vestido

Mantener el mayor tiempo posible los vínculos sociales y familiares

Estimulación física: fomentar la deambulaci3n y mantener/mejorar su resistencia física

Estimulación cognitiva: atención, orientación temporal (horarios, fechas, festividades,... en relación con las salidas), orientación espacial (recorridos por la ciudad), orientación a la realidad, memoria (espacial, nominal,...), reminiscencia, cálculo aritmético, lenguaje, seguir instrucciones, toma de decisiones,...

MÉTODO

Reunión del equipo multidisciplinar para detectar y seleccionar los usuarios candidatos a participar en el programa

Reunión del equipo multidisciplinar previa a cada salida para seleccionar los candidatos y organizar la salida

Reserva de vehículo para los usuarios de movilidad reducida (el resto de los usuarios se desplazan andando) previa a la salida

Supervisión de la higiene y vestido de los candidatos previa a la salida (apartado a punto 9)

Salidas regulares a la comunidad de los participantes con el personal del centro (apartado b punto 9)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

Reunión del equipo multidisciplinar después de cada salida para evaluarla y registrarla

INDICADORES

-Indicador: % de usuarios con TMG de la ULE que salen a la comunidad y que antes sólo salían excepcionalmente. Tendrán esta consideración los usuarios que han participado en el 25% de las salidas en las que han sido candidatos aunque se trasladen a otras unidades.

No se computaran las salidas en las que no participen por una causa justificada: visita médica, visita familiar, estancias en el domicilio familiar, tolerancia a ese tipo de salida, enfermedad orgánica y descompensación psicopatológica, ..

-Resultados mínimos a alcanzar: 15% de usuarios con TMG que salen a la comunidad y que antes sólo salían excepcionalmente

-Fuente de datos: registro de las salidas

DURACIÓN

Duración: 2017

Fecha de inicio: 01/01/17

Fecha de fin: 31/12/17

Programación de las salidas a la comunidad: Se efectuarán un promedio de 1-2 salidas a la comunidad mensuales a terrazas, eventos locales, exposiciones, ..., durante la primavera y el otoño en función de la climatología. Durante el verano y el invierno, si la climatología acompaña, se realizarán salidas puntuales (fiestas del Ángel, navidades, medievales, ...)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0480

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ENGUITA FLOREZ
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. TERAPIA OCUPACIONAL
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CALOMARDE MAGDALENA
SANZ LATORRE ANTONIO
SANCHEZ RODRIGO ANA JULIA
YUSTE VICENTE FELISA
ESPARZA IZQUIERDO EDURNE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

? - Se elabora por escrito un programa titulado "Programa AVD: sesiones grupales", en formato cuadernillo, que se imprime y queda ubicado en el despacho de Terapia Ocupacional y de enfermería. En dicho dossier, se explica una breve introducción, la organización del programa (responsables, evaluaciones,...), así como el desarrollo de las diferentes sesiones y actividades del programa.
- Como material complementario, se elaboran diferentes PowerPoint, que quedan grabados en el ordenador portátil de la sala de actividades de la 1ª planta, ordenador que se utiliza para las sesiones junto a un proyector.
? - Estas sesiones grupales están encuadradas en la rutina de actividades rehabilitadoras de la Unidad de Media Estancia, los jueves de 10:15 a 11:15h. Además, se añaden actividades prácticas nuevas de autocuidados y tareas de AVD dentro del horario de actividades de la unidad, como higiene bucodental a las 21h, ordenar los armarios los martes por las tarde,... Dicho horario se cuelga en el tablón de anuncios de la 1ª planta para que tanto profesionales como pacientes lo puedan consultar.

CALENDARIO:

? - OCTUBRE 2016: revisión bibliográfica sobre el tema, búsqueda de programas, guías y evaluaciones.
? - NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2016: elaboración de PowerPoint y actividades del programa. Elección de la escala de evaluación
? - ENERO - MARZO 2017: información al equipo multidisciplinar del proyecto e inicio de puesta en práctica del programa.
? - ABRIL 2017: Feedback, modificaciones del programa según experiencia obtenida
? - MAYO 2017: diseño e impresión del cuadernillo definitivo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? - Proporción de pacientes de nuevo ingreso que, a partir de febrero 2017, fueron incluidos en el nuevo programa de AVD = 100%. Todos los pacientes de la unidad participan en las sesiones grupales y/o en las tareas rutinarias de la unidad relacionadas con las AVD (taller de cocina, turnos del comedor, lavado de la ropa, limpieza de las habitaciones, higiene bucodental, orden del armario,...)
? - Creación por escrito de un Programa de AVD = Sí. Dicho cuadernillo queda ubicado en los despacho de TO y enfermería, además de grabarse en el servidor de ficheros de la unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una vez finalizado el proyecto, y ya instaurado el programa, creemos que es realmente útil tener un material accesible a todo el personal (tanto fijo como temporal o eventual) que nos permite agilizar la preparación de las actividades, lo que ahorra tiempo de trabajo. Además se mejora la unificación de criterios, tareas y se favorece la coordinación multidisciplinar.
Creemos que ha sido un proyecto eminentemente práctico, nos ha dado pie a aumentar las rutinas relacionadas con las AVD y podría ser interesante compartir experiencias de programas propios con otras unidades similares a la nuestra.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/480 ===== ***

Nº de registro: 0480

Título
MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0480

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL

ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR, GARCIA CALOMARDE MAGDALENA, SANZ LATORRE ANTONIO, SANCHEZ RODRIGO ANA JULIA, YUSTE VICENTE FELISA, ESPARZA IZQUIERDO EDURNE

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP SAN JUAN DE DIOS

TEMAS

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

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

PROBLEMA

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRP) son dispositivos diseñados para impartir programas individualizados de rehabilitación a personas con una enfermedad mental crónica (EMC) que posean un déficit funcional y de autonomía, tanto social como personal, con el fin de que puedan recuperar o compensar habilidades que les sean útiles para integrarse en la sociedad con un funcionamiento adecuado, autónomo y eficaz. Uno de esos programas debe estar enfocado hacia las Actividades de la Vida Diaria (AVD), que las podríamos definir como "todas aquellas tareas y estrategias que llevamos a cabo de manera diaria, encaminadas a favorecer la salud física, psíquica y social y que realizamos de forma lo más autónoma posible". El objetivo que se persigue con este programa es que el paciente alcance el mayor grado posible de autonomía dentro de sus propias capacidades, habilidades e intereses. Es decir, que el sujeto sea capaz de realizar las AVD sin depender de nadie o con la mínima ayuda posible.

En función de su finalidad, las AVD se clasifican en:

- ? - AVD básicas (ABVD) o autocuidado: su objetivo es garantizar la supervivencia y el bienestar a través del cuidado del propio cuerpo.
- ? - AVD instrumentales (AIVD): proporcionan independencia y requieren interacciones más complejas.

Las personas con problemas de salud mental que son atendidas en nuestra unidad pueden tener dificultades en la ejecución de cualquiera de estas tareas, debido a diversos factores propios de la enfermedad, como:

- ? - Síntomas positivos o productivos
- Síntomas negativos
- ? - Pérdida de hábitos
- ? - Tipo de personalidad y costumbres
- ? - Modelos familiares y/o psicosociales
- ? - Habilidades y destrezas

Desde la creación de la Unidad de Media Estancia de Teruel en 2008, se han venido trabajando todas estas actividades, si bien la experiencia nos hace plantearnos mejorar ciertos aspectos y encuadrarlos dentro de un programa más específico y mejor organizado de rehabilitación.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL:

- ? - creación por escrito de un Programa de AVD para la Unidad de Media Estancia (UME) de Teruel
- ? - desarrollar el máximo nivel de autonomía de las personas con EMC que ingresen en la unidad

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ? - elaboración de un programa de sesiones grupales de tipo motivacional y psicoeducativo, encuadrándolas dentro del horario de actividades de rehabilitación
- ? - organización de sesiones prácticas grupales y/o individualizadas, encuadrándolas dentro del horario de rutinas del centro
- ? - identificación de responsables de cada actividad

MÉTODO

El programa se compondrá de 3 tres procesos (valoración al ingreso, participación en el programa y reevaluación periódica) y se diseñará mediante reuniones mantenidas por los miembros de este proyecto de calidad (auxiliares de enfermería, enfermería y terapia ocupacional), e incluyendo además otros componentes del equipo multidisciplinar (trabajo social).

Dicho programa se compondrá de diferentes actividades (grupales e individuales), cuyos responsables serán decididos al planificar las mismas.

Finalmente, la elaboración de un dossier escrito permitirá que todo el personal del centro (tanto fijo como temporal) pueda incorporar y asimilar sin problemas las tareas del programa.

INDICADORES

- ?- Proporción de pacientes de nuevo ingreso que, a partir de febrero 2017, serán incluidos en el nuevo programa de AVD = 100%
- ?- Creación por escrito de un Programa de AVD = SÍ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0480

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL

DURACIÓN

- ?- Del 15 de octubre al 31 de diciembre 2016: reuniones periódicas para planificar el programa, organización de todas las actividades (valoración, sesiones grupales, actividades prácticas,...) y elección de responsables
- ?- Del 1 al 31 enero 2017: informar del programa al resto de profesionales del centro
- ?- Del 1 febrero al 30 de abril 2017: puesta en marcha del programa y recogida de información sobre el funcionamiento del mismo
- ?- Del 1 mayo al 30 junio 2017: creación por escrito del Programa de AVD definitivo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1126

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ENGUITA FLOREZ
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. TERAPIA OCUPACIONAL
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ GARCIA ROCIO
MARTINEZ SOTO ALMUDENA
PASTOR MONTAÑO MARIA ANGELES
VILLALBA YUSTE FERNANDO
SUSIN ARREGUI INES EMILIA
HERRERA ALEGRE ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN:

a. Búsqueda bibliográfica y selección de la escala de satisfacción:

Entre los meses de abril y septiembre de 2019 se realiza búsqueda bibliográfica de evidencia de intervención de Terapia Ocupacional (TO) en unidades de hospitalización de Psiquiatría.

Consultamos también experiencias en otras Comunidades Autónomas (concretamente Navarra).

La escala de satisfacción decidimos basarla en el Cuestionario de satisfacción para pacientes y para familiares RMD (Gigantesco et al., 2002), pero realizamos una versión propia a partir de las preguntas tipo que realiza, ya que dicho cuestionario no mide las actividades ocupacionales propiamente dichas, ni encontramos ningún cuestionario afín.

Se elaboran encuestas de satisfacción para pacientes y para personal.

b. Coordinación entre TO del Centro de Rehabilitación Psicosocial San Juan de Dios (CRP) (quienes llevan a cabo la intervención) y la TO de la Unidad de Psiquiatría (UCE) del Hospital Miguel Servet (HUMS), para compartir información y planificar intervención:

Se realizan 2 reuniones vía telefónica, en abril y mayo de 2019, así como comunicación vía mail hasta septiembre. Se aborda el tipo de intervención ocupacional desarrollada en el HUMS, las actividades más efectivas, metodología de trabajo,... ya que actualmente es el único centro que cuenta con servicios de TO en UCE en Aragón.

c. Coordinación y comunicación permanente entre las TO del CRP y el director del mismo, informando en todo momento de los días y horarios en los que dichas trabajadoras se iban a desplazar al Hospital Obispo Polanco (HOP), así como de las actividades a desarrollar y evolución del proyecto.

d. Reuniones de coordinación con el equipo de UCE HOP:

Previamente a estas reuniones, se revisa el documento "Presentación de la UCE de Psiquiatría" publicado por la Dirección de enfermería del HOP en su página web.

11 junio 2019: reunión con Psicología Clínica HOP para comenzar a programar la intervención.

18 junio 2019: reunión entre TO CRP y equipo multidisciplinar de la UCE HOP para puesta en común, concretar actividades, horarios,...

30 julio 2019: se envía por mail la programación de actividades de TO a equipo de UCE HOP (Psiquiatras, Psicóloga Clínica, coordinador de SM y supervisión de enfermería) y al director del CRP.

Además se mantuvo comunicación vía mail durante todo el periodo de planificación y ejecución del programa.

ACTIVIDADES DE EJECUCIÓN:

a. Intervención directa entre los meses de octubre y diciembre de 2019, consistiendo en el desarrollo de actividades ocupacionales en la UCE del HOP, con una temporalidad de 3 sesiones a la semana (lunes, miércoles y viernes), de 60 minutos aproximadamente cada actividad.

b. Tareas de planificación y preparación de la actividad: organización del espacio de la sala, material, búsqueda y motivación de pacientes,... Aproximadamente 40 minutos

c. Breve reunión de equipo. Aproximadamente 20 minutos

d. Tareas de registro de la asistencia y análisis de la actividad. Aproximadamente 30 minutos.

e. Por falta de tiempo, no se han podido realizar tareas de evaluación ocupacional previa de los pacientes. Esto ha dificultado enormemente la planificación de las actividades: algunos días se han tenido que hacer cambios inmediatos de tarea (al haber cambiado el perfil y las necesidades de las personas ingresadas), no se ha podido establecer alianza terapéutica adecuada y ha dificultado el manejo de algunas situaciones (relacionadas con la motivación hacia las actividades, conductas inadecuadas,...)

En total se han realizado 29 sesiones, 3 días /semana (lunes, miércoles y viernes), precisando entre 2 y 3h para cada sesión.

A continuación, se expone la programación de dichas actividades, enviada el 30 julio de 2019 a todo el equipo de UCE HOP:

LUNES

ACTIVIDAD: ¡AHORA TE TOCA A TÍ!

HORARIO: 9:15 a 12:15h (Reunión equipo + preparación actividad + actividad)

OBSERVACIONES: se necesita una persona de apoyo en la actividad

OBJETIVO PRINCIPAL: Crear un espacio de reflexión y análisis donde el foco de atención esté puesto en lo que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1126

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

pasa a nuestro alrededor, que favorezca la participación activa a nivel individual o grupal y que incite a los participantes a intentar remediar determinados problemas.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Habilidades psicosociales:
 - * Aumentar la autoestima y autoeficacia
 - * Favorecer el sentido de pertenencia al grupo
 - * Potenciar la conexión con los demás y la sociedad
 - * Mejorar las habilidades y las relaciones sociales
 - * Fomentar la colaboración y cooperación
 - * Promover valores como el altruismo, la igualdad, la responsabilidad, el compromiso y la solidaridad
- Habilidades cognitivas:
 - * Atención
 - * Concentración
 - * Memoria
 - * Lenguaje
 - * Calculo
 - * Praxias
 - * Gnosias
- Funciones ejecutivas:
 - *Metapensamiento
 - * Reconocer o evaluar las consecuencias de una acción o conducta
 - * Cognición social
 - * Empatía
 - * Anticipar, planificar, secuenciar y monitorizar una acción o conducta
 - * Regulación de la conducta
 - * Flexibilidad
 - * Autocontrol
 - * Inhibición
 - * Conducta social
 - * Búsqueda de alternativas
 - * Toma de decisiones
 - * Resolución de problemas
 - * Pensamiento divergente

MIÉRCOLES

ACTIVIDAD: TALLER DE CREATIVIDAD Y EXPRESIÓN

HORARIO: de 8:30 a 11:30h

OBSERVACIONES: se necesita una persona de apoyo en la actividad

OBJETIVOS:

- Favorecer la participación social, como área de ocupación
- Validar los valores individuales y de grupo
- Ejercitar destrezas sensoriales y perceptivas: especialmente visual, táctil y propioceptivo
- Ejercitar habilidades psicomotoras y de praxis
- Ejercitar destrezas de regulación emocional: ofrecer un medio de expresión emocional, facilitar la liberación de tensión interna y el entretenimiento, fomentar la expresión simbólica de expectativas, deseos, temores, emociones y valores
- Ejercitar destrezas cognitivas: fomentar la creatividad, la planificación de la tarea, atención, fluidez verbal,...
- Ejercitar habilidades sociales y de comunicación: favorecer el diálogo y la interacción, ampliar la capacidad comunicativa y expresiva en situaciones especiales (como bloqueos, inhibiciones,...), facilitar la expresión al favorecer su relajación, entrenar habilidades sociales (escucha activa, hacer y recibir cumplidos, empatía,...), minimizar el impacto social del síntoma
- Favorecer la estructuración de la rutina dentro de la unidad
- Facilitar a los facultativos un medio alternativo para explorar la psique de los pacientes
- Mejorar la percepción de control, a través del manejo del material

VIERNES

ACTIVIDAD: GESTIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y OCIO

Se plantean actividades fuera de la unidad, en el contexto comunitario, tras valorar semanalmente en reunión con el equipo interdisciplinar, aquellos usuarios susceptibles de beneficiarse.

HORARIO: de 11 a 13h (Reunión de equipo + actividad)

OBSERVACIONES: se requiere personal de apoyo para la actividad.

ACTIVIDADES DE TRABAJO CORPORAL: en la zona del Parque de los Fueros.

Objetivos de trabajo planteados:

- Mantener o mejorar el estado físico general (movilidad, tono muscular, resistencia, función cardiovascular y respiratoria).
- Ayudar a paliar los efectos secundarios que la medicación puede tener sobre el sistema neuromuscular.
- Generar estados de bienestar psicológico mediante el bienestar físico (liberar tensiones, incrementar el nivel de respuesta,...).
- Motivar la adquisición de hábitos de higiene personal asociados a la actividad física.
- Reconocer y practicar el movimiento como medio de comunicación y expresión.

ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL: actividades motivadas intrínsecamente para relajarse y/o disfrutar espontáneamente de los recursos que la comunidad ofrece.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1126

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Objetivos de trabajo planteados:

- Trabajar habilidades de exploración de actividades de ocio y tiempo libre: Identificar sus intereses, destrezas y oportunidades.
- Promoción del uso constructivo del tiempo libre y la exploración y provisión de actividades de ocio en el entorno comunitario.
- Planificación y participación en actividades de ocio tanto individuales como desarrolladas con otras personas desarrolladas en el entorno comunitario, para así facilitar la integración social.

ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN:

Medición del grado de satisfacción de pacientes y personal con el proyecto, a través de los cuestionarios elaborados. Ambas encuestas consistían en 7 preguntas autoadministradas (5 cerradas con escala Likert y 2 abiertas en las que se piden comentarios e ideas de mejora).

Ante la imposibilidad de poder entregar los cuestionarios de satisfacción, se decide que los mismos sean administrados al alta por los Facultativos de la UCE, quedando dichas evaluaciones en el despacho de Psiquiatría. Los cuestionarios para el personal se dejan en el despacho de la supervisora de enfermería, siendo voluntaria su cumplimentación.

Se registran también datos de asistencia a las actividades, en relación con el número de pacientes ingresados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS DESDE TO:

Nº pacientes atendidos por TO en la UCE HOP entre octubre y diciembre 2019/ Nº total pacientes ingresados en el mismo periodo de tiempo x 100: $41/49 \times 100 = 83,6\%$. Objetivo cumplido.

Del 16,3% de pacientes que no fueron atendidos desde TO, se registran las siguientes causas: precisar contención mecánica, programado para TEC esa mañana, estar en consulta médica, descanso pautado, no autorización para las actividades de salida externa o verbalización de negativa a participar en las actividades.

2. PORCENTAJE DE PACIENTES CON CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN AL ALTA:

Nº pacientes con cuestionario satisfacción realizado/ Nº pacientes atendidos por TO x 100: $11/41 \times 100 = 26,82\%$. Objetivo no cumplido.

Como hemos señalado anteriormente, las encuestas de satisfacción fueron entregadas a los facultativos de la planta, pero muchas de ellas no pudieron ser entregadas por causas ajenas a nuestro control.

Resultados de dichas encuestas:

- El 100% de los pacientes encuestados habían participado en alguna actividad de TO
- Al 100% de los pacientes encuestados les ha gustado tener actividades de TO durante el ingreso. Concretamente uno de ellos señala la salida terapéutica como su favorita
- Al 18,1% de los pacientes encuestados, el tiempo dedicado a las actividades de TO le ha parecido insuficiente. Al 45,4% escaso. Al 18,1% mucho. Otro 18,1% ha señalado que el tiempo ha sido adecuado y una persona concretamente ha señalado que a veces no le han interesado.
- El 100% de los pacientes encuestados opinan que hacer actividades de TO les ha ayudado en su proceso de recuperación
- El 90,9% de los pacientes encuestados habían tenido ingresos anteriores en la UCE. De ellos, el 90% creen que las actividades de TO completan la atención de la unidad. El 10% cree que no.

En la encuesta, se pregunta de forma abierta qué otras actividades les hubiera gustado realizar, señalando:

- "Hacer turismo"
- "Tratar más temas", "contar lo que le ocurre a cada uno", reuniones de grupo aportando ideas"
- "Más actividades"
- "Manualidades ", "Taller de arte y pintura", "dibujar"
- "Música"
- "Jugar a las cartas", "jugar al ajedrez", "juegos"
- "Más permisos de salida"
- "Terapia cognitiva"
- "Salir a fumar de forma organizada"
- "Dar paseos nocturnos"

En los comentarios abiertos, señalan:

- "Muchas gracias para todos los compañeros"
- "¡Todo el personal de la planta insustituible, bien!"
- "Está bien"
- "Es muy útil y entretiene mucho"
- "Las charlas son buenas como terapia"
- "Agradecido por cuidarme"
- "Gracias por desarrollar talleres ocupacionales, frente a la monotonía del ingreso es necesario poder recrear la mente"
- "He estado muy bien, contenta en las actividades"
- "No he asistido a los grupos en planta porque si me pongo a piar el pajarito se podría ir a casa"
- "Ha estado muy bien"

3. PORCENTAJE DE PROFESIONALES QUE RELLENAN LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN:

Nº profesionales de UCE HOP con cuestionario satisfacción realizado/ Nº total profesionales de la UCE HOP x 100: $10/19 = 52\%$. Objetivo no cumplido.

Se han tenido en cuenta: psiquiatras, MIR, psicología clínica, enfermería, EIR y TCAE. Nº personal según

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1126

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

información publicada en página web Hospital.

Como hemos señalado anteriormente, las encuestas de satisfacción para profesionales se depositaron en el despacho de supervisión de enfermería y su cumplimentación era voluntaria.

Resultados de dichas encuestas:

- El 100% del personal encuestado manifiesta que ha podido colaborar y/o observar alguna actividad de TO
- Al 100% del personal encuestado le ha gustado tener actividades de TO en la unidad
- Al 90% del personal encuestado el tiempo dedicado a las actividades de TO le ha parecido escaso. Al 10% le ha parecido mucho
- El 100% del personal encuestado cree que las actividades de TO pueden ayudar a los procesos de recuperación de salud mental
- El 80% del personal encuestado cree que las actividades de TO completan la atención de la unidad. El 20% cree que no.

En la encuesta, se pregunta de forma abierta qué otras actividades/necesidades ocupacionales consideran que han quedado por cubrir, señalando:

- "actividad física", "deporte"
- "manuales"
- "AVD instrumentales"

En los comentarios abiertos, se indica:

- "incluir TO dentro del equipo"

4. IMPACTO DEL PROYECTO:

Consideramos que el impacto ha sido positivo.

La cobertura de atención a pacientes ha sido mayor de la esperada inicialmente (se planificó un 20% de pacientes atendidos desde TO y se logró un 83,6%) y la efectividad ha sido buena y aceptada (a tenor de los resultados de las encuestas).

Este impacto ha hecho que ya en diciembre de 2019 se planteara un nuevo horario de actividades de enfermería con los pacientes, a raíz de la nueva rutina instaurada y la buena aceptación por parte de los pacientes de las diversas actividades ocupacionales desarrolladas por las TO del CRP.

Por ello, entendemos que la rutina implantada se ha considerado positiva en el proceso de recuperación

5. FUENTES DE DATOS:

Datos obtenidos de:

- cuestionarios satisfacción para pacientes
- cuestionarios de satisfacción para personal
- base datos HOP
- registro de TO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Sostenibilidad: consideramos que el esfuerzo realizado por las TO del CRP para mantener la actividad no se puede sostener más tiempo del periodo programado, ya que ha supuesto una carga de trabajo adicional, en detrimento de la calidad de la asistencia en sus respectivas unidades del CRP. Señalar que este proyecto únicamente ha salido posible gracias a las facilidades y el apoyo dadas desde la Dirección del CRP.

Replicación: la replicación de este proyecto no es posible a menos que desde la Dirección del HOP propongan la contratación de un TO para desarrollarla. Consideramos que dicha figura profesional sanitaria mejoraría la calidad de la asistencia, no sólo en la unidad de Psiquiatría, sino también de otros servicios, como Rehabilitación, Neurología, ...

El material de las actividades desarrolladas quedaría a disposición de dicha persona, aunque nuestras recomendaciones serían:

- Emplear tiempo en la evaluación de cada paciente, para poder elaborar un buen perfil ocupacional
- Participar en las reuniones de equipo, para poder coordinar las actividades con los objetivos del paciente
- Desarrollar tanto intervenciones grupales como individuales, en las distintas áreas y habilidades de desempeño ocupacional (AVD, ocio, laboral, entorno, destrezas psicomotrices, cognitivas, sociales,...)
- Emplear tiempo en registrar
- Coordinar actividades con equipo de enfermería y TCAE, para favorecer que en las actividades haya al menos siempre 2 profesionales, que es lo que recomiendan en las guías.

Los buenos resultados en las encuestas de satisfacción, tanto de pacientes como de personal, además del hecho de observar que ellos mismo consideran que la TO ayuda en los procesos de recuperación de salud mental aguda, debe animar a los responsables de gestión a valorar el coste-oportunidad de este proyecto, con la posibilidad de introducir esta figura profesional sanitaria en los equipos del HOP

7. OBSERVACIONES.

Quedan pendientes las actividades de divulgación de resultados del proyecto a los centros implicados (dirección HOP, jefe servicio Psiquiatría, supervisión de la unidad, dirección del CRP,...) que fueron programadas en el calendario para febrero de 2020.

Dicha divulgación se realizará en el formato que se considere más adecuado, pendiente de concretar y elaborar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1126

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1126 ===== ***

Nº de registro: 1126

Título
PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR, LOPEZ GARCIA ROCIO, MARTINEZ SOTO ALMUDENA, PASTOR MONTAÑO MARIA ANGELES, VILLALBA YUSTE FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP SAN JUAN DE DIOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Nuevas acciones

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En España existe experiencia de Terapia Ocupacional (TO) en Unidades de Psiquiatría de hospitales generales en comunidades autónomas como Cataluña, Navarra, Galicia, Andalucía, etc. Pero no ha sido hasta el pasado diciembre de 2018 cuando se ha contratado a este profesional en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza, quien desarrolla actividades ocupacionales con un buen nivel de satisfacción tanto por parte de los pacientes como del equipo de la unidad.
En el Hospital Obispo Polanco (HOP) de Teruel no existe todavía esta figura profesional y por ello nos proponemos realizar un breve proyecto piloto para observar la pertinencia de las actividades ocupacionales dentro de su Unidad de Psiquiatría y ver si el impacto de satisfacción es similar.
Entendemos que las condiciones del ingreso hospitalario psiquiátrico pueden potenciar síntomas y conductas psicopatológicas como ansiedad, impulsividad, irritabilidad, desorientación, apatía, resistencias en la vinculación a la unidad,... y la actividad terapéutica puede ayudar a la reorganización conductual del paciente por diversos aspectos:
Es un gran canalizador de este tipo de conductas.
Tiene un gran potencial en la construcción o reconstrucción de su identidad personal.
Vuelve partícipe al paciente en su proceso de tratamiento, convirtiéndolo en elemento activo y colaborador, aspectos fundamentales en su propia evolución.
Propicia conductas y aptitudes terapéuticas: responsabilidad con el proceso, relaciones interpersonales más saludables, orientación hacia la solución de problemas,...
Por ello el proceso de evaluación, evolución y análisis ocupacional es beneficioso tanto para el proceso terapéutico mismo como para el resto de profesionales que intervienen en éste.

La atención de TO en una unidad de agudos está dirigida a:
1. Minimizar el estrés emocional que supone el ingreso hospitalario.
2. Disminuir el impacto de la descompensación psicopatológica, sirviendo de soporte al tratamiento farmacológico.
3. Conformar una rutina ocupacional estable y graduada conforme la evolución del paciente.

Presentamos entonces este proyecto de coordinación entre varios centros asistenciales: HUMS (cuya TO facilitará información acerca de las actividades e intervenciones más convenientes), HOP (centro donde se va a llevar a cabo la intervención) y CRP (cuyas TO desarrollarán el proyecto).

RESULTADOS ESPERADOS
- Realizar un breve proyecto piloto de TO en la Unidad de Psiquiatría del HOP de Teruel
- Evaluar la satisfacción de los pacientes y equipo multidisciplinar con las actividades de TO
- Divulgar los resultados de este proyecto piloto entre los centros implicados

MÉTODO
1. Planificación del proyecto:
a. búsqueda bibliográfica de evidencia para seleccionar actividades ocupacionales más apropiadas y selección de la escala de evaluación de satisfacción
b. al menos una reunión entre las TO que vayan a realizar la intervención con la TO de la Unidad de Psiquiatría del HUMS, para coordinar las actividades del proyecto piloto con la experiencia previa en esta unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1126

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

- c. al menos una reunión entre las TO que vayan a realizar la intervención y el director del CRP San Juan de Dios, para coordinar horarios entre ambos dispositivos (CRP y HOP)
 - d. al menos una reunión entre las TO que vayan a realizar la intervención con el equipo multidisciplinar de la Unidad de Psiquiatría del HOP (psiquiatras, psicólogo clínico, enfermería, TCAE) para coordinar actividades ocupacionales y planificar horarios, días de intervención, espacio,...
2. Ejecución del proyecto: realización de actividades ocupacionales en la planta de Psiquiatría por TO
3. Evaluación del proyecto: medición del grado de satisfacción de pacientes y profesionales con las actividades ocupacionales, así como otros aspectos que se crean convenientes

INDICADORES

- N° pacientes atendidos por TO en la Unidad de Psiquiatría entre octubre y diciembre 2019 / N° total pacientes ingresados en el mismo período de tiempo x 100. Objetivo: igual o mayor al 20%
- N° pacientes con evaluación de satisfacción realizada / N° pacientes participantes en alguna actividad de TO x 100. Objetivo: igual o mayor al 80%
- N° profesionales con evaluación de satisfacción realizada / N° total profesionales planta de Psiquiatría x 100. Objetivo: igual o mayor al 80%

DURACIÓN

- Abril - septiembre 2019: planificación del proyecto
- Octubre - diciembre 2019: ejecución del proyecto
- Enero 2020: evaluación del proyecto y medición de indicadores
- Febrero 2020: divulgación de resultados a los centros implicados (dirección HOP, jefe servicio Psiquiatría, supervisión de la unidad, 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 - 2019/0587

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SINDROME METABOLICO EN PACIENTE MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 05/01/2020

2. RESPONSABLE FELISA YUSTE VICENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DIAZ LOSA CARLOS
ESPARZA IZQUIERDO EDURNE MARIA
GARCIA RODRIGUEZ ALMUDENA
RAMAJO FERNANDEZ NAIARA
RUEDA GRACIA MARIA ISABEL
RUEDA MARQUES BEATRIZ
SANCHEZ RODRIGO ANA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elabora una carpeta física y en el ordenador del despacho de enfermería donde se explica la metodología de la elaboración del proyecto, el desarrollo y temática de las sesiones de psicoeducación enfermera. Se transmite toda esta información a los participantes del proyecto.

Se elabora un ckeck list propio donde quedan reflejados los factores de riesgo implicados y su puntuación. (p. abdominal >102 hombre/>88 mujeres. Hipertrigliceridemia \geq 150 mg/dl o tto farmacológico. HDLc o tto farmacológico <40 mg/dl hombre/<50 mg/dl mujer. HTA o tto farmacológico \geq 130/<= 85 mmHg. Y Glucemia basal >110 mg/dl o tto farmacológico. Cuyos datos se extraen de la historia médica y de los registros de enfermería.

Además, este ckeck list incluirá edad, recurso donde está ingresado (centro de día o UME) diagnóstico, antecedentes de enfermedad orgánica y su tratamiento para ella, hábito tabáquico y tratamiento antipsicótico actual.

Elaboración de sesiones psicoeducativas en formato power point en junio y julio de las presentaciones con los contenidos y test acordados previamente (en la primera sesión se pasó el objetivo enfermero NOC : conductas saludables y test adherencia medicación de Morisky - Green-Levine). Contenidos de las sesiones: 1 trastorno mental grave obesidad, HTA, diabetes y relación con la salud. 2. Sueño y adherencia al tratamiento. 3 Tabaquismo, consejos para dejar de fumar. (se les pasó test de Richmond antes de la sesión) 4. controles del peso, sedentarismo y beneficio del ejercicio físico. 5. Alimentación sana, generalidades, cómo comemos, dieta mediterránea. 6.compra de alimentos, etiquetas y su lectura y preparación de alimentos. 7. comida emocional, picar entre horas. Técnicas de cocina baja en calorías. 8.técnicas alternativas de manejo de la ansiedad: relajación (grupo práctico). Al terminar las sesiones se volvió a pasar el NOC: conductas saludables y el Test Morisky - Green-Levine.

En agosto se realiza una revisión y puesta en común de las presentaciones y en septiembre se empieza a realizar la psicoeducación enfermera en el siguiente encuadre: grupo enfermero "vivir saludablemente" cada martes de 11:30 a 12: 25; dentro de los grupos rehabilitadores de la UME-Centro de Día. Y tras cada sesión se registra el contenido y desarrollo de la clase: Participantes, miembros del personal quien la imparte, incidencias detectadas y el inicio de la siguiente sesión. Se guarda en el ordenador de enfermería y en formato papel impreso en la carpeta física destinada al proyecto.

Medidas preventivas: psicoeducación enfermera anteriormente citada, control del peso cada 15 días, control cada 15 días de glucemia capilar en ayunas a las personas diabéticas, control de cifras de TA cada 15 días. ECG al ingreso y cada seis meses, analítica completa al ingreso si no se dispone de analítica previa reciente en otro dispositivo, al año de ingreso y cuando proceda para controlar parámetros alterados. Adicionalmente de estas mediciones, en el caso que se observen alteraciones de los parámetros, la frecuencia de la obtención de estos registros se realizará en función de las necesidades de cada individuo y de la prescripción del facultativo correspondiente. Se mantiene una constante y estrecha comunicación entre enfermería y los facultativos para que, ante cualquier anomalía de estas mediciones, poder realizar una derivación al facultativo correspondiente y/o modificar tratamiento si procede. Dieta hipocalórica baja en grasa, reducción de sal en las comidas a hipertensos, dieta de diabética a pacientes con glucemia alterada. Inclusión a los grupos de ejercicio físico de la unidad y fomento del paseo diario en su tiempo libre. Adhesión al tratamiento individual en el grupo diario "adhesión al tratamiento" de la preparación personal de sus respectivos tratamientos y en grupo de psicoeducación de la unidad. Supervisión directa en la toma de tratamiento en la unidad. Motivación individual y grupal de seguimiento y mantenimiento de los hábitos generadores de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1- % de check-list cumplimentado/ total de pacientes con criterio de síndrome metabólico. 100%
Se rellenó chek-list a todos los pacientes en UME y pacientes de CD que participaran en las sesiones psicoeducativas y que realicen una comida mínima dentro de la unidad. 4 de ellos fueron dados de alta a mediados del programa de abordaje del síndrome metabólico, que tienen positivo el check list de Síndrome metabólico y 1 paciente presentada factores de riesgo de sedentarismo y perímetro abdominal elevado y tratamiento antipsicótico y 1 paciente más por motivos familiares interrumpió la asistencia al grupo psicoeducativo.
Check list positivo: 19.2 % de estos el 100 % presenta además de factor de riesgo de tratamiento psiquiátrico y de estos 80 % presenta además tabaquismo y sedentarismo.
Check list negativo con factor de riesgo: 80% de estos el 100 % con factor de riesgo de tratamiento psiquiátrico que favorece el desarrollo del síndrome metabólico, 52% presenta tabaquismo y 38% presenta sedentarismo o poca actividad. 17.1 % presenta perímetro abdominal elevado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0587

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SINDROME METABOLICO EN PACIENTE MENTAL GRAVE

Fuente: historia del paciente, registros de enfermería y registros del check-list de elaboración propia.
2- % de pacientes con DM- HTA- hipertrigliceridemia con acciones preventivas/ Total de pacientes hospitalizados con DM- HTA-hipertrigliceridemia con cifras alteradas. 100%.

Fuente: historia del paciente, registros de enfermería y registros del check-list de elaboración propia.
3- % de pacientes a los que se les ha realizado revisión farmacológica, tanto de prescripción, concordancia y adherencia/ total de pacientes hospitalizados con criterio de síndrome metabólico 100%

Fuente: historia del paciente, registros de enfermería y registros del check-list de elaboración propia.
4- % sesiones realizadas/total de sesiones planificadas. 100%

Finalmente se realizaron 13 sesiones psicoeducativas de las 8 planificadas previamente ya que varios temas se desarrollaron en varias sesiones.

Fuente: registro sesiones de enfermería del grupo psicoeducativo.

5- % pacientes con bajada de peso ponderal (bajada de 4.5 kg o 5% del peso corporal) / total de pacientes a los que se les ha realizado educación sanitaria para disminuir de peso. 41%

Fuente: registros de enfermería y registro sesiones psicoeducativas.

Se realizó psicoeducación y medidas preventivas para la bajada de peso a todos los pacientes incluidos en el programa. A pesar de que el resultado del indicador no sea elevado, los resultados a nivel general han sido buenos ya que estos pacientes se enfrentan a barreras para lograr una disminución de peso (fármacos, síntomas negativos de enfermedad); En la unidad los profesionales implicados en su cuidado se les motiva y refuerza la bajada de peso mayoritariamente y/o el no aumento ya que para estos pacientes les supone un gran sobre esfuerzo en comparación a otra población que no presenta estas características.

Resultados a final de diciembre (obesidad grado I 30-34.9 según IMC):

-disminuyeron de peso 38%. el 7% presentaban obesidad y el resto sobrepeso

-aumentaron: 19% Y EL 6% de éstos presentaban obesidad grado I

-mantenimiento 43 %. no presentaban obesidad. sólo sobrepeso en el 80%.

Noc 01805 conocimiento: conductas saludables:

Se rellenó al comienzo del taller psicoeducativo de enfermería(septiembre) y se volvió a rellenar en diciembre y se evidenció un aumento general de puntuación de los indicadores (mayoritariamente "moderado").

Se pasó el test de MORISKY-GREEN-LEVINE

Antes de comenzar las sesiones psicoeducativas y al terminarlas (septiembre y diciembre) no mostrando diferencias significativas en el pre y post test. El 80 % se consideran adherentes y el 20 % se consideran no-adherentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el equipo de enfermería de CD-UME de Teruel valoramos positivamente la realización de este proyecto, ya que nos ha permitido mejorar el control del síndrome metabólico y detección temprana los factores de riesgo relacionados con este síndrome (medicación antipsicótica, tabaquismo, sedentarismo), mejora de los conocimientos de hábitos de conductas saludables de los pacientes y así también ser conscientes del déficit de conocimientos para introducir grupos de educación para la salud enfermeros que abarquen dichos temas carenciales a tratar. Así pues, en esta unidad nos enfrentamos a los característicos síntomas negativos propios del TMG y en gran medida, somos todos los miembros del equipo multidisciplinar que formamos esta unidad lo que generamos la motivación y /o estimulación para realizar cambios y mantenimiento de hábitos saludables.

7. OBSERVACIONES.

Este trabajo continúa como mejora dentro de la unidad, logrando que todos los profesionales de la unidad participen en un proyecto común. Además, tiene un enfoque asistencial que tiene como fin el paciente, como eje central, y por tanto requiere una atención interdisciplinar basándose en sus necesidades y expectativas.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/587 ===== ***

Nº de registro: 0587

Título
ABORDAJE DEL SINDROME METABOLICO EN PACIENTE MENTAL GRAVE

Autores:
YUSTE VICENTE FELISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP SAN JUAN DE DIOS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0587

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SINDROME METABOLICO EN PACIENTE MENTAL GRAVE

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente en nuestra Unidad de media y Centro de Día del CRP estancia atendemos a pacientes con patología mental grave en tratamiento con antipsicóticos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo y con estilos de vida poco saludables como son el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo; tratamientos, estilos de vida y patología que se han relacionados con el síndrome metabólico.

En el encuadre de autoevaluación y mejora de nuestra actividad asistencial, y teniendo en cuenta nuestra función de abordaje integral de las personas ingresadas, hemos comenzado a tener cada vez más presente nuestra función en la prevención de complicaciones somáticas. Concretamente, tratamos de prevenir la obesidad y otros factores que aumentan el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular.

Los factores de riesgo implicados son:

- obesidad abdominal (102 en varones y 88 en mujeres)
- hipertrigliceridemia (TG >=150)
- HDL bajo (<40 hombres, <50 mujeres)
- tensión arterial elevada (>130/85)
- glucemia basal (>110)

En la unidad deberíamos de utilizar registros de todos los pacientes atendidos, de aquellos que cumplan que cumplan dichos criterios, programar sesiones de educación para la salud y de fomento del ejercicio físico, alimentación saludable y seguimiento y control del peso y de factores analíticos.

RESULTADOS ESPERADOS

Fomentar y promover estilos de vida saludables, dentro de los pacientes atendidos en nuestra unidad.

? Disminución de peso en el tiempo del ingreso, de aquellos pacientes que cumplan criterio de obesidad.

La pérdida ponderal clínicamente será aquella en la que se disminuya 4.5 kg o >5% del peso corporal. Dependerá del tiempo de hospitalización de dicho paciente.

? Controlar la glucosa plasmática postprandial, dentro de cifras normales, con dietas que tengan baja carga glucémica.

? Revisar los tratamientos farmacológicos utilizados en los pacientes con DM, hipertrigliceridemia e Hipertensión arterial.

? Realizar un plan de sesiones, dentro de la unidad, donde se planifiquen objetivos, programa y calendario.

MÉTODO

Para el abordaje de dicho proyecto, vamos a elaborar un Check-list, donde van a quedar reflejados los factores de riesgo implicados y su puntuación. Todo con una escala tipo Likert de 1 a 5.

? Registro mediante acta de las sesiones de educación para la salud. En ellas se registrará número de pacientes, nombre y apellidos, fecha, nombre de la sesión, tiempo de la sesión y docente. Realización de un calendario de sesiones, de manera semestral.

? Realizaremos un listado de todos los pacientes que cumplan criterios y que pueden entrar en dicho plan.

? Revisión de la prescripción, concordancia y adherencia, en los pacientes con DM, hipertrigliceridemia e HTA. Utilizaremos

para la evaluación de la adherencia, el test de MorinskyGreen-levine.

INDICADORES

? % de check-list cumplimentado/ total de pacientes con criterio de síndrome metabólico.

? % sesiones realizadas/total de sesiones planificadas.

? % de pacientes con DM- HTA- hipertrigliceridemia con acciones

preventivas/ Total de pacientes hospitalizados con DM- HTA-hipertrigliceridemia con cifras alteradas.

? % pacientes con bajada de peso ponderal/ total de pacientes a los que se les ha realizado educación sanitaria para disminuir de peso.

? % de pacientes a los que se les ha realizado revisión farmacológica, tanto de prescripción, concordancia y adherencia/ total de

pacientes hospitalizados con criterio de síndrome metabólico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0587

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SINDROME METABOLICO EN PACIENTE MENTAL GRAVE

DURACIÓN

? En el mes de mayo, vamos a realizar el check-list que vamos a cumplimentar con los pacientes con criterios de síndrome metabólico.
? En el mes de junio, realizaremos una planificación de las sesiones de educación sanitaria a implantar a partir de octubre.
? A lo largo del verano, realizaremos las sesiones en formato powerpoint.
? Octubre: puesta en común de las sesiones y presentación de las mismas al resto de compañeros de la unidad. Realización de lluvia de ideas y puesta en común.
? Octubre, noviembre y diciembre: control de pacientes con DM, hipertrigliceridemia e HTA, revisión del tto farmacológico, control de peso, control cifras de TA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0143

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA TERAPIA FARMACOLOGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UTILIZANDO LA APLICACION WEB "CHECKTHEMEDS"

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA CORREA BALLESTER
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ MARTIN JULIA
FORCANO GARCIA MERCEDES
MARTINEZ LAFUENTE MARIA BELEN
ESTEBAN MARTIN AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-En agosto de 2016 se solicita a la Dirección de Gestión del Sector de Teruel la renovación de la suscripción de la aplicación informática necesaria para la realización del proyecto (iniciado en 2015). Se obtiene la suscripción en noviembre de 2016, por lo que el calendario previsto se modifica, siendo de 1 de enero a 31 de diciembre de 2017.

-En enero se inicia la revisión global de los tratamientos de los nuevos residentes, así como de residentes con ingresos previos a esta fecha si son solicitados por su médico responsable. Los informes generados por la aplicación se facilitan a la geriatra para su valoración. Es la geriatra la que se pone en contacto con el médico responsable del residente que, en última instancia, realizará las modificaciones que considere factibles.

-En enero de 2018 se revisan los perfiles farmacoterapéuticos de los residentes con informe elaborado y se verifica si ha habido cambios respecto al tratamiento de ingreso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- (nº informes de tratamiento de nuevos ingresos/nº nuevos ingresos) x 100: 108/118= 91.52%
- número informes de tratamientos de residentes ingresados previamente a enero de 2017: 73
- (nº tratamientos modificados tras informe/nº informes de tratamiento) x 100 (*): 22/108= 20,37%

Fuente: Base de datos CheckThe Meds; Indicadores de Gestión de Residencia Javalambre. Base de datos de residentes Residencia Javalambre.

Método de obtención: Revisión de listado farmacoterapéutico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La herramienta CheckTheMeds es una herramienta útil para la revisión farmacoterapéutica de los tratamientos de los residentes, el informe elaborado es claro y conciso.

El tiempo empleado en la introducción de los datos en la aplicación es asumible y puede incorporarse a la rutina de trabajo, aunque existen dificultades en momentos puntuales para hacerlo sin retraso (periodos vacacionales de las farmacéuticas)

Ha habido dificultades para la revisión de los informes por la geriatra, debido fundamentalmente a que la solicitud de interconsultas no deja tiempo suficiente. Sería recomendable incorporar la revisión farmacoterapéutica en el momento del ingreso del residente (actualmente no se hace de forma estructurada) y proporcionar, preferiblemente en la misma semana, el informe al médico responsable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/143 ===== ***

Nº de registro: 0143

Título
OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UTILIZANDO LA APLICACIÓN WEB "CHECKTHEMEDS"

Autores:
CORREA BALLESTER MARTA, HERNANDEZ MARTIN JULIA, FORCANO GARCIA MERCEDES, MARTINEZ LAFUENTE MARIA BELEN, ESTEBAN MARTIN AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0143

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA TERAPIA FARMACOLOGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UTILIZANDO LA APLICACION WEB "CHECKTHEMEDS"

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Polimedicación
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 medicación es la intervención médica más utilizada para mejorar la salud. Sin embargo, al mismo tiempo, la polifarmacia se asocia a un incremento del riesgo de efectos adversos, interacciones, menor adherencia al tratamiento, más hospitalizaciones, mayor mortalidad e incremento de los costes. La polimedicación adquiere especial relevancia en el paciente anciano, población con un mayor riesgo de reacciones adversas, debido a cambios fisiológicos, fragilidad y comorbilidad.
Existen diversas intervenciones dirigidas a optimizar la terapia farmacológica y evitar los riesgos derivados del uso de fármacos. En pacientes ancianos polimedificados, la atención farmacéutica que incluye revisión de la medicación en colaboración con profesionales clínicos de distintos ámbitos o los sistemas electrónicos de ayuda a la toma de decisiones han demostrado reducir la prescripción inapropiada y los problemas relacionados.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Optimizar la terapia farmacológica de los residentes de la Residencia de Ancianos Javalambre

MÉTODO
MÉTODO:
Revisión global de los tratamientos farmacológicos mediante la utilización de la aplicación web "CheckTheMeds". La aplicación permite la revisión del tratamiento considerando, posibles interacciones entre fármacos, datos demográficos (edad, sexo, altura y peso) y datos clínicos (diagnósticos, alergias, intolerancias, grado de insuficiencia renal, hepática...); tras la evaluación proporciona información sobre:

- Alertas por escenarios clínicos de riesgo evitables
- Alertas para la deprescripción de fármacos sin beneficio
- Alertas de dosis inadecuadas
- Alertas para buscar alternativas con menor riesgo beneficio

La aplicación elabora un informe resumen con los datos introducidos y recomendaciones basadas en criterios STOPP-START 2014, Beers 2012 y PRISCUS 2010, recomendaciones de distintas sociedades científicas del año 2014 y alertas o e interacciones entre medicamentos.

Semanalmente la farmacéutica realizará la revisión global de los nuevos ingresos de la Residencia Javalambre y de otros residentes (número no determinado a priori). Los informes obtenidos se enviarán a la geriatra que en colaboración con los médicos de la Residencia realizará, si procede, la adecuación de los tratamientos.

INDICADORES

- (nº informes de tratamiento de nuevos ingresos/nº nuevos ingresos) x 100
- número informes de tratamientos de residentes ingresados previamente a octubre de 2016
- (nº tratamientos modificados tras informe/nº informes de tratamiento) x 100

DURACIÓN
Se retomará la actividad en cuanto se disponga de la herramienta informática (pendiente de trámite de pago), previsiblemente 1 de octubre de 2016.
Duración: de 1 de octubre de 2016 a 30 de septiembre de 2017 (vigencia de la licencia)

OBSERVACIONES
PROYECTO CONTINUACIÓN DEL REALIZADO EN 2015

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 - 2019/1261

1. TÍTULO

REENVASADO Y DISPENSACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS ORALES EN DOSIS UNITARIAS

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE JULIA HERNANDEZ MARTIN
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONFORTE GASQUE MARIA PILAR
COMET BERNAD MACARENA
CASTELLOTE GONZALEZ ISABEL
RUBERTE GRESA MARTA
MARTINEZ ALMAZAN MIGUEL ANGEL
SOGUERO PEREZ MARI MAR
HERNANDEZ MARTIN CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Abril 2019. Revisión de la legislación vigente referente a las necesidades de instalaciones para el acondicionamiento de los medicamentos.

Responsable: Macarena Comet Bernad.

En el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, se establece la transferencia de las competencias desde las comunidades autónomas a los servicios de farmacia para las operaciones de fraccionamiento, personalización de dosis y otras operaciones de remanipulación y transformación de medicamentos.

En el REAL DECRETO 175/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales, se especifica en el capítulo dos que "las operaciones de elaboración, acondicionamiento, etiquetado y control de una forma farmacéutica deben efectuarse en un local, o en una zona diferenciada del local, llamado de «preparación», diseñado o concebido para estos fines y situado en el interior de la oficina de farmacia o servicio farmacéutico."

Las características de la zona de preparación deben cumplir:

- Las superficies (suelos, paredes, techos) deben ser lisas y sin grietas y permitir una fácil limpieza y desinfección
- El local de preparación contará con agua potable y con las fuentes de energía necesarias.
- Una superficie de trabajo suficiente, de material liso e impermeable, fácil de limpiar y desinfectar, inerte a colorantes y sustancias agresivas.
- Armarios y estanterías con suficiente capacidad para colocar, protegido del polvo y de la luz (si procede), todo aquello que es necesario para las preparaciones.

2- Mayo-junio 2019. Modificación de las instalaciones.

Responsables: dirección y servicio de mantenimiento.

Se adaptó una sala contigua al Servicio de Farmacia que cumple con las características descritas en el punto anterior.

3- Junio 2019. Valoración de las distintas opciones de material de acondicionamiento.

Responsables: farmacéuticas, miembros de la Comisión de Farmacia del Hospital San José, responsable de materiales del sector.

Se valoraron los distintos materiales para el acondicionamiento de medicamentos líquidos codificados en Serpa.

Finalmente se acuerda disponer de:

- Vasos de plástico con tapa para volúmenes mayores a 5 ml
- Jeringas de nutrición enteral de 10 ml (Cod. Serpa 41638) para volúmenes de 3-5 ml (a falta de jeringas de uso exclusivo oral) con el fin de evitar eventos adversos graves por administración intravenosa.
- Jeringas de nutrición enteral de 2,5 ml (Cod. Serpa 16217) para volúmenes inferiores a 3 ml.
- Tapones para las jeringas*

*Hasta que estén disponibles los tapones para las jeringas (solicitada apertura de código Serpa) se ha iniciado el procedimiento utilizando vasos de plástico para todas las preparaciones.

4- Agosto 2019. Codificación de las preparaciones más habituales en el programa de prescripción electrónica (Farmatools®).

Responsable: Julia Hernández Martín.

En agosto se codificaron once preparaciones en Farmatools® con las dosis más habituales de los medicamentos líquidos orales utilizados en el hospital. Posteriormente se han ido codificando las dosis requeridas por los pacientes ingresados.

5- Septiembre 2019. Elaboración del procedimiento normalizado de trabajo para el reenvasado de medicamentos líquidos.

Responsable: Julia Hernández Martín.

6- Octubre 2019. Formación al personal técnico de farmacia.

Responsable: Julia Hernández Martín.

El 14/10/2019 se comienza a preparar y a dispensar las formas líquidas orales en dosis unitarias.

7- Noviembre 2019. Elaboración de la encuesta "ad hoc" para enfermería y difusión de la misma.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1261

1. TÍTULO

REENVASADO Y DISPENSACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS ORALES EN DOSIS UNITARIAS

Responsable: Julia Hernández Martín y Vicente Compaired Turlán

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el comienzo del proyecto se han codificado 40 preparaciones diferentes en el programa Farmatools® en función de las dosis y medicamentos requeridos por los pacientes ingresados. Las preparaciones realizadas y dispensadas hasta el 31/12/2019 han sido 582.

Resultados de los indicadores:

- Porcentaje de envases de formas farmacéuticas líquidas orales dispensados por stock

Fuente de datos: Farmatools®

Estándar: <30%

RESULTADO: N° envases de formas farmacéuticas líquidas orales dispensados por stock/ N° total de envases de formas farmacéuticas líquidas orales consumidos*100=2/48=4,2%

- Porcentaje de personal de enfermería que cumplimenta la encuesta y está bastante satisfecho o muy satisfecho en relación a la carga de trabajo y mejora de la seguridad tras la puesta en marcha del procedimiento de dispensación en dosis unitarias de las formas farmacéuticas líquidas orales.

Fuente de datos: encuesta ad hoc

Estándar: >75%

RESULTADO: $[(N^{\circ}$ encuestas con resultado bastante satisfecho o muy satisfecho en relación a la carga de trabajo + N° encuestas con resultado bastante satisfecho o muy satisfecho en relación a la mejora de la seguridad)/2]/ N° encuestas cumplimentadas*100=((11+11)/2)/11=100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El procedimiento normalizado de trabajo para el reenvasado de medicamentos líquidos y dispensación en dosis unitarias se ha implementado en el hospital durante el año 2019 para poder cumplir con las recomendaciones del ISMP (Institute for Safe Medication Practices) y mejorar la seguridad de los pacientes.

El grado de satisfacción de enfermería con la puesta en marcha del proyecto es muy elevado, pues consideran que supone una reducción importante de su carga trabajo y de la mejora en la seguridad del paciente.

El Servicio de Farmacia ha incrementado considerablemente su carga de trabajo por lo que para mantener el proyecto es necesario que cuente diariamente con dos técnicos auxiliares de farmacia.

A fecha 15/01/2020 no se ha podido realizar la adquisición de los tapones para las jeringas de nutrición enteral, ya que no han sido codificados en Serpa. Las preparaciones de volumen inferior a 1 ml han tenido que dejar de ser dispensadas en dosis unitarias debido a la posible infradosificación por pérdidas en la tapa y paredes del vaso. Estas preparaciones vuelven a ser elaboradas por el personal de enfermería en la planta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1261 ===== ***

Nº de registro: 1261

Título
REENVASADO Y DISPENSACION DE FORMAS FARMACEUTICAS LIQUIDAS ORALES EN DOSIS UNITARIAS

Autores:
HERNANDEZ MARTIN JULIA, MONFORTE GASQUE MARIA PILAR, COMET BERNAD MACARENA, CASTELLOTE GONZALEZ ISABEL, RUBERTE GRESA MARTA, MARTINEZ ALMAZAN MIGUEL ANGEL, SOGUERO PEREZ MARI MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cuaquier paciente ingresado en el San José
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Institute for Safe Medication Practices (ISMP), es una organización multidisciplinar sin ánimo de lucro dedicada a promover la seguridad y mejorar la calidad del proceso de utilización de los medicamentos. Su finalidad es prevenir los errores de medicación y reducir los acontecimientos adversos por medicamentos. En

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1261

1. TÍTULO

REENVASADO Y DISPENSACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS ORALES EN DOSIS UNITARIAS

su documento "2016-2017 Targeted Medication Safety Best Practices for Hospitals", el ISMP recoge una serie de recomendaciones que deberían de aplicarse en los hospitales para corregir determinadas prácticas que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes. Entre ellas, se recoge que aquellos medicamentos comercializados en formas orales líquidas que no estén disponibles en dosis unitarias, sean dispensados desde los Servicios de Farmacia en jeringas específicas para administración oral.

Para ello, se deben de cumplir dos condiciones:

- Que incluyan de manera bien visible el texto USO ORAL EXCLUSIVO.

- La conexión de la jeringa no pueda conectar con ningún dispositivo de administración parenteral.

Actualmente en el Hospital San José la dispensación de los medicamentos orales líquidos se realiza por stock a las unidades de hospitalización, sin indicar el paciente para el que ha sido prescrito. Este procedimiento puede conllevar a errores de medicación, tanto de dosificación como de paciente erróneo.

La elaboración de dosis unitarias desde el servicio de farmacia permitiría, además de una mejora en la seguridad del paciente, un mayor aprovechamiento de los medicamentos, ya que un mismo frasco podría ser reenvasado para utilizarse por varios pacientes de distintas unidades de hospitalización.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implantar un procedimiento de reenvasado y dispensación en dosis unitarias de formas farmacéuticas líquidas orales en el hospital
- Reducir la carga de enfermería en las unidades de hospitalización

MÉTODO

- Revisión de la legislación vigente referente a las necesidades de instalaciones para el acondicionamiento de los medicamentos

- Valoración de las distintas opciones de material de acondicionamiento

- Modificación de las instalaciones en caso necesario

- Adquisición de los materiales de acondicionamiento necesarios

- Codificación de las preparaciones en el programa de prescripción electrónica (Farmatools®)

- Formación al personal técnico de farmacia para la preparación de los medicamentos

INDICADORES

- Porcentaje de envases de formas farmacéuticas líquidas orales dispensados por stock

Fuente de datos: Farmatools®

Estándar: <30%

- Grado de satisfacción del personal de enfermería en relación a la carga de trabajo y mejora de la seguridad tras la puesta en marcha del procedimiento de dispensación en dosis unitarias de las formas farmacéuticas líquidas orales

Fuente de datos: encuesta ad hoc

Estándar: 75

DURACIÓN

Inicio de proyecto: abril 2019

- Revisión de la legislación vigente referente a las necesidades de instalaciones para el acondicionamiento de los medicamentos. Duración: una semana (abril 2019). Responsable: Julia Hernández Martín.

- Valoración de las distintas opciones de material de acondicionamiento. Duración: dos semanas (mayo 2019).

Responsables: farmacéuticas, dirección médica, dirección de enfermería, responsable de materiales del sector.

- Modificación de las instalaciones en caso necesario. Duración: un mes (junio 2019). Responsables: dirección y servicio de mantenimiento.

- Adquisición de los materiales de acondicionamiento necesarios. Duración: un mes (julio 2019). Responsable: Julia Hernández Martín.

- Codificación de las preparaciones en el programa de prescripción electrónica (Farmatools®). Duración: dos semanas (agosto 2019). Responsable: Julia Hernández Martín.

- Formación al personal técnico de farmacia para la preparación de los medicamentos. Duración: una semana (septiembre 2019). Responsable: Julia Hernández Martín.

A partir de este momento se comenzará con el procedimiento de elaboración de dosis unitarias de las formas farmacéuticas líquidas, que se dispensarán diariamente en el carro de unidos por paciente con el resto de medicación.

- Evaluación del proyecto: obtención de indicadores y encuesta de satisfacción del personal de enfermería.

Duración: tres semanas (marzo 2020). Responsable: Julia Hernández Martín.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1261

1. TÍTULO

REENVASADO Y DISPENSACIÓN DE FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS ORALES EN DOSIS UNITARIAS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0674

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION SOBRE DESNUTRICION EN FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE PALOMA GONZALEZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OSCA GUADALAJARA MARTA
VICENTE ROMERO MARIA JESUS
VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT
VIAL ESCOLANO RAQUEL
FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA
VILLALTA MARTIN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Valoración funcional (basal, al ingreso y al alta) y administración del índice CONUT a los pacientes ingresados por fractura de fémur por fragilidad en el servicio de COT del Hospital Obispo Polanco. Prescripción de suplementación oral nutricional (SON) en casos de riesgo y de malnutrición. Se ha incluido en el análisis a los pacientes ingresados por este motivo en el 2º semestre de 2017 en lugar de en el 1º, como estaba previsto, debido a los cambios de facultativos con motivo de los traslados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La situación funcional previa al ingreso de los pacientes con fractura de fémur por fragilidad en Teruel era de autonomía moderada para las actividades básicas de la vida diaria, con índice de Barthel (IB) basal de 75/100, a pesar de ser una población muy envejecida, con una media de edad de 84'7 años.. En el momento del ingreso eran totalmente dependientes (IB 8/100), y en el momento del alta del Hospital de agudos de 55/100, después de una estancia media de 6'99 días. La puntuación del índice CONUT al ingreso se encontraba en torno a 5, que indica un riesgo moderado de malnutrición. Se han prescrito SON, pero la brevedad de la estancia hospitalaria no ha permitido la evaluación del efecto de la suplementación en la recuperación, tiempo de ingreso y costes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La recogida de datos de la ingesta dietética y la de parámetros antropométricos ha sido irregular, hecho que se ha relacionado con la variabilidad de los profesionales de enfermería de la planta de COT, debido a las adaptaciones realizadas en la misma para incluir a los servicios de Urología y a pacientes de Medicina Interna.

El seguimiento conjunto de los pacientes por los servicios de COT y Geriátrica no se ha podido realizar debido a la estructura física y de agendas de las consultas externas de ambas especialidades.

Se PROPONE, por parte de ambos equipos:

- 1) incluir la realización del MNA-SF en el protocolo de ingreso del paciente con fractura de fémur (por enfermería de planta).
- 2) Garantizar el seguimiento conjunto por parte de COT y Geriátrica con el objetivo de reducir en lo posible el riesgo de complicaciones y asegura que el resultado de la atención sanitaria sea la autonomía del paciente o, al menos, la mejora funcional. Para ello se han programado reuniones para centralizar el seguimiento en el Hospital San José (dispone de espacio físico y de radiología), citando a los pacientes en jueves (día que se desplazan los FEA de Traumatología para hacer el seguimiento de los pacientes que acuden a Hospital de Día Geriátrico y de los ingresados en planta) y liberando parte de la agenda de una de las FEA de Geriátrica para dedicarla a ello.

7. OBSERVACIONES.

Los componentes del equipo de mejora han cambiado respecto a los incluidos en el momento de presentación del proyecto, debido a los cambios de personal facultativo motivados por los traslados.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/674 ===== ***

Nº de registro: 0674

Título
DETECCION E INTERVENCION SOBRE DESNUTRICION EN FRACTURA DE CADERA

Autores:
GONZALEZ GARCIA PALOMA, OSCA GUADALAJARA MARTA, VICENTE ROMERO MARIA JESUS, SOLSONA FERNANDEZ SOFIA, VILLALTA MARTIN ANA, VIAL ESCOLANO RAQUEL, FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA, QUILEZ SALAS NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0674

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION SOBRE DESNUTRICION EN FRACTURA DE CADERA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: FRACTURA DE FÉMUR POR FRAGILIDAD
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 desnutrición es muy prevalente en los pacientes con fractura de cadera y se asocia a mayor incidencia de complicaciones y a estancias hospitalarias más prolongadas. El estado nutricional de los pacientes empeora durante el ingreso. La suplementación nutricional oral (SNO) reduce las complicaciones y la estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Analizar la relación entre la fractura de cadera y la desnutrición en el anciano, así como la relación entre la SNO y la recuperación/tiempo de ingreso y los costes.

MÉTODO

Valoración nutricional completa a todos los pacientes mayores de 69 años que ingresan por fractura de fémur en el Hospital Obispo Polanco (historial clínico, tratamiento, situación socio-demográfica, Pfeifer, Barthel, IMC, CB, CP, PCT, TR, parámetros BQ bioimpedancia, registro de infestas (mediante entrevista dietética), valoración de la disfagia, peso ideal y % de pérdida de peso, evaluación del riesgo de complicaciones tras intervención. Todo ello se realizará directamente a los enfermos, salvo en el caso de deterioro cognitivo moderado-grave que podrán intervenir los familiares en el siguiente punto: entrevista dietética. Se establecerán 3 grupos: pacientes desnutridos, casos y controles. Se intervendrá mediante SNO en los pacientes desnutridos y en los casos. Se reevaluarán de forma previa al alta, al mes y a los 3 y 6 meses.

INDICADORES

Control de peso e IMC.
Control de parámetros antropométricos: circunferencia braquial y de la pierna.
Control de parámetros bioquímicos: albúmina, colesterol.
Evolución funcional a través del índice de Barthel.

DURACIÓN

Inicio en enero de 2017, inclusión de todos los pacientes con fractura de fémur del 1/1/17 al 30/6/17 (planta de hospitalización de Traumatología del Hospital Obispo Polanco + unidad de rehabilitación funcional del Hospital San José). Seguimiento al mes (consulta de Traumatología), 3 y 6 meses del alta (telefónica y consulta de Geriatria).

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 - 2016/0804

1. TÍTULO

MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Fecha de entrada: 27/01/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES FORCANO GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CSS SAN JOSE
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VIAL ESCOLANO RAQUEL
MARTINEZ FABRE DANIEL
GUILLLEN LEREU MARIA ANGELES
GARCIA SANZ MONTSERRAT
VIDAL SANZ ANA MARIA
PONZ FLOR INMACULADA
ALMAZAN CALVE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º. Sesiones de formación al personal sanitario: noviembre 2016-junio 2017

-Taller en curso de formación sobre final de vida : "Abordaje de la agonía" . Merche Forcano. "Atención de la espiritualidad en el final de la vida" Rosa Alegre. Hospital San José.

-Sesión hospitalaria: "Control de síntomas en Cuidados Paliativos". Raquel Vial y Maria Angeles Guillen. Hospital San José

- Taller de formación. "Comunicación con el paciente en final de vida, capacitación en recursos emocionales, acompañamiento" Pilar Barreto, Psicóloga de Valencia

-Sesión hospitalaria: "Niveles de intervención terapéutica". Daniel Martinez. Hospital San José.

-Sesión hospitalaria: "Atención psicológica del paciente y su familia. Alicia Martinez. Hospital San José.

-Sesión hospitalaria: "El trabajo en equipo interdisciplinar" Daniel Martinez. Hospital San José.

2º. Elaboración del protocolo "SUD" (situación últimos días), por equipo interdisciplinar (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajo social y psicóloga), revisiones. Definición de escalas pronósticas, responsables de cada proceso, comunicación de SUD al equipo. Trabajo en adecuación de esfuerzo diagnóstico y terapéutico, y niveles de intervención terapéutica (se definen intervenciones y tratamientos a eliminar, así como cuidados a destacar). Utilización de escala de Menten de agonía y escala de sedación de Ramsay. Reuniones de equipo (Enero-junio 2017).

3ª Comunicación con el paciente: trabajo de habilidades en la línea de facilitar resolución de conflictos, despedidas y legado antes de la muerte, conocimiento de los deseos y preferencias del paciente, hablar sobre la posibilidad de sedación si síntomas refractarios. Trabajo interdisciplinar con apoyo de psicóloga.

5ª Proceso de atención en el momento del éxitus: definir actuaciones por el equipo, cuidados post-mortem, apoyo y acompañamiento a los familiares, facilitar la despedida. Abordaje del duelo familiar y del duelo por el equipo.

6ª Aplicación del protocolo a pacientes ingresados en el Hospital San José. (junio-noviembre 2017)

7ª Recogida de datos y análisis de resultados. (enero 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

1. Nº de pacientes con evaluación del pronóstico/total pacientes ingresados en Unidad de Paliativos: 85%

2. Nº de pacientes con identificación agonía/número total de pacientes fallecidos en Unidad de Paliativos: 90%

3. Número de pacientes con registro de consentimiento de sedación paliativa/número de pacientes con sedación en Unidad de Paliativos. 98%

-Elaboración del protocolo SUD para orientación y facilitación de su seguimiento por los trabajadores del hospital. Difusión al personal.

-Asistencia a las sesiones de formación: 45% de los trabajadores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es de vital importancia trabajar la atención en los momentos finales de vida, tanto para el paciente como para su familia o acompañantes. Consideramos que un indicador de calidad importante en una Unidad de Cuidados Paliativos es disponer de un protocolo SUD y de su conocimiento e incorporación por el personal sanitario. Trabajar la adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico, permite al paciente llegar al momento final de vida de forma más confortable y con mayor dignidad. Es imprescindible en toda Unidad de Cuidados Paliativos contar con Psicólogo, que pueda apoyar tanto al paciente, a la familia, y al equipo de trabajadores en este difícil e importante proceso. Convendría facilitar a los trabajadores la asistencia a estas sesiones formativas, y repetirlas en distintos horarios.

7. OBSERVACIONES.

Nuestra preocupación actual, es que una vez iniciado este proceso y puesto en marcha, no disponemos de Psicólogo de forma definitiva, ya que finaliza su contrato en unos meses; toda Unidad de Cuidados Paliativos debe disponer de un Psicólogo. Esto dificulta de forma notable la calidad y la asistencia en la Unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0804

1. TÍTULO

MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/804 ===== ***

Nº de registro: 0804

Título
MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Autores:
FORCANO GARCIA MERCEDES, VIAL ESCOLANO RAQUEL, MARTINEZ FABRE DANIEL, GUILLEN LEREU MARIA ANGELES, GARCIA SANZ MONTSERRAT, VIDAL SANZ ANA MARIA, PONZ FLOR INMACULADA, ALMAZAN CALVE MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD AVANZADA ONCOLÓGICA Y NO ONCOLÓGICA
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atención al final de la vida

PROBLEMA
La valoración adecuada del pronóstico del paciente en fase de enfermedad avanzada, oncológica y no oncológica, es un aspecto difícil para la mayoría de los médicos. Tiende a sobreestimarse la supervivencia. La comunicación del pronóstico es habitualmente obviada en el seguimiento de pacientes en situación de final de vida, lo que conlleva inadecuación de sus expectativas y retraso en la toma de decisiones. No es infrecuente que la fase de agonía acontezca de forma súbita, sin una adecuada preparación, ni tiempo para asumir con paz los cambios y manifestar necesidades. La familia del paciente necesita conocer este proceso para poder realizar un acompañamiento adecuado. Es preciso en estos momentos, evaluar los síntomas con exactitud, revisión continua, manejo de fármacos y el apoyo emocional y espiritual necesario. La identificación de la agonía, el tratamiento adecuado y la cercanía a pacientes y familiares, facilitaran morir con dignidad y evitarán duelos complicados.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Realizar una valoración del pronóstico en fase final de vida
2. Identificar los criterios de agonía en el enfermo terminal
3. Comunicar de forma adecuada y adaptada a cada paciente
4. Facilitar la toma de decisiones del paciente de forma precoz
5. Potenciar un acompañamiento psicosocial y espiritual, que mejore los últimos días
6. Potenciar un duelo saludable en los familiares del paciente

MÉTODO
1. Elaboración de un protocolo y actividades médicas y de enfermería, en la atención de la agonía y proceso de muerte de pacientes ingresados.
2. Seleccionar escalas pronósticas en el paciente con enfermedad avanzada oncológica (Karnofsky y PaP-D-score) y no oncológicas (NHO).
3. Conocer y aplicar la escala de Menten, para pre-agonía y agonía. Identificar signos y síntomas.
4. Adecuación del esfuerzo terapéutico. Diferentes niveles. Hidratación, nutrición, fármacos, procedimientos... Permitir muerte natural.
5. Trabajo multidisciplinar, redefiniendo objetivos y planes de cuidados cada 24 horas
5. Acompañamiento al paciente, detectando recursos del mismo, afrontamientos, resolución de conflictos antes de la muerte.
6. Últimas voluntades, representación, despedidas y legado.
6. Criterios de sedación paliativa en agonía. Consentimiento y registro.
7. Atención del duelo. Explicación del proceso de muerte a la familia. Seguimiento posterior.
8. Aspectos del entorno: intimidad, horarios, higiene...
9. Cuidados postmortem

INDICADORES
1. Nº de pacientes con evaluación del pronóstico/total pacientes ingresados en Unidad de Paliativos
2. Nº de pacientes con identificación agonía/número total de pacientes fallecidos en Unidad de Paliativos
3. Número de pacientes con registro de consentimiento de sedación paliativa/número de pacientes con sedación en Unidad de Paliativos

DURACIÓN
Noviembre-diciembre: formación del personal sanitario, pronóstico de enfermedad avanzada, taller de agonía, control síntomas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0804

1. TÍTULO

MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Enero: taller de comunicación en final de vida, capacitación en recursos
Febrero: elaboración de protocolo de atención en agonía, al paciente y la familia.
Marzo-Octubre: aplicación del protocolo y criterios
Noviembre: análisis de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0142

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE MARTA GONZALEZ EIZAGUIRRE

- Profesión MEDICO/A
- Centro CSS SAN JOSE
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROYO AGUSTIN MARIA
FERNANDEZ MINAYA CAROLINA
LINGE MARTIN MAGDALENA
RUEDA GARCIA EVA
ESTABAN SILVESTRE CONCEPCION
PANADERO ROMERO MARISSA
TORRES ARANDA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Institucionalización de reuniones interdisciplinarias con las especialidades y el personal sanitario a fin de establecer los criterios para la redacción del plan de calidad de educación sanitaria en movilizaciones y rehabilitación postquirúrgica desde una visión comprensiva de las áreas funcional, psicológica y social que ayuden al paciente y a sus familiares a enfrentar ese proceso.

- Redacción de un Protocolo de rehabilitación progresivo que incluye una serie de procedimientos e intervenciones para la mejora del manejo global del paciente encaminado a acortar el tiempo de hospitalización. Valoración en la limitación de medidas terapéuticas en el tratamiento.

- Organización de sesiones de trabajo para formar al personal sanitario en la sistematización de procedimientos de rehabilitación integral postquirúrgica durante el ingreso hospitalario y de las pautas básicas que debe trasladar al paciente tras la incorporación a su lugar de residencia habitual.

- Instruir al personal sanitario sobre la optimización de los servicios, material y ayudas técnicas que ofrecen los servicios de Traumatología y Geriátrica.

- Flexibilización de las condiciones de estancia y horarios durante el ingreso.

- Realización de charlas pedagógicas a los familiares y cuidadores destinadas a aportarles unos conocimientos básicos en las movilizaciones adecuadas en los pacientes a su cargo que han sido intervenidos quirúrgicamente de cadera y rodilla con el objetivo de que se mentalicen de la duración y complejidad del proceso y de la importancia de llevar a cabo la rehabilitación por fases técnicas de transferencia.

- Implementación de talleres y fortalecimiento de redes sociales para la cohesión y como cauce de comunicación entre el equipo multidisciplinar.

- Impresión de folletos divulgativos con indicaciones sobre las precauciones de movimiento, ejercicios básicos a realizar en la cama, realización de las tareas básicas (levantarse de la cama, caminar distancias cortas y usar el baño) y que hagan que el paciente adquiera un rol activo en su rehabilitación. También se reseñarán aspectos relativos al abordaje de las tareas cotidianas de manera sencilla cuando se reintegre a su domicilio. En este folleto se han detallado las características de la rehabilitación en el hospital (información de los ejercicios básicos en cama, explicaciones sobre la importancia de iniciar cuanto antes el movimiento y medidas de autoprotección discriminadas en virtud de la fractura, indicaciones sobre los pasos a seguir para levantarse de la cama, como utilizar el andador cuando llegue el momento, las pautas para sentarse y utilizar el inodoro), una pequeña guía ilustrada de cómo ejecutar las tareas cotidianas de manera sencilla y segura (asearse, vestirse) así como una serie de consejos prácticos sobre la preparación para el regreso al domicilio.

- Activación de un sistema de evaluación de los resultados del Plan, destinado tanto al personal sanitario como a los pacientes para introducir, en su caso, las modificaciones pertinentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha establecido una metodología de trabajo sistematizada y transversal con las especialidades y personal de todos los niveles asistenciales implicados. El calendario que se fijó se ha cumplido inicialmente y ha sido en este foro donde se han diseñado las acciones de educación sanitaria en movilizaciones y rehabilitación postquirúrgica. Estas acciones han estado sujetas a constante revisión en función de los resultados que arrojaban, introduciendo los elementos correctores precisos lo que ha sido posible por el fortalecimiento de la comunicación en redes del equipo multidisciplinar.

- La Unidad de Ortopediátrica ha arrojado un excelente resultado en cuanto a la disminución del riesgo de deterioro funcional tras el alta hospitalaria y una reducción en la duración de las estancias hospitalarias derivadas de ingresos por cirugía de cadera y rodilla en el paciente geriátrico.

- Estudio de realización de sesiones monográficas de trabajo con el personal sanitario por estamentos para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0142

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA

informar de los objetivos del Programa y las medidas a implementar. Obejtivo: dossier con pautas sobre las acciones precisas para reducir el deterioro funcional del anciano y la agilización del proceso de recuperación tras cirugía de cadera y rodilla, tanto médicos, como de aplicación de otras ayudas técnicas, fisioterapéuticas y psicológicas. La eficacia se ha evidenciado en la implantación de mejoras en la limitación de algunas medidas terapéuticas (sondajes vesicales, de sueroterapia a tratamiento oral, retirada de la SV) en la optimización de los recursos disponibles.

- Excelente respuesta del paciente y las familiares o cuidadores, con ganas de acudir a reuniones y conocer las charlas de los cuidado al cuidador en las que se les facilita información sobre la educación sanitaria precisa para acometer una correcta rehabilitación postquirúrgica sobre aquellos aspectos en los que es precisa su colaboración. Uno de los factores que ha contribuido al éxito ha sido la selección de pacientes programados para cirugía y realizar con ellos una promoción educativa previa a la realización de la misma. Otros aspectos como la flexibilización de los horarios durante la estancia hospitalaria, la mayor laxitud en la deambulación por pasillos, dar nociones básicas sobre higiene y otras de autoprotección de la cadera o rodilla han dado grandes resultados. Para facilitar a los destinatarios la retención de la información suministrada se redactaron unos folletos de gran utilidad tanto durante el ingreso como al alta con medidas básicas a observar en domicilio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el tratamiento integral de la rehabilitación es determinante intentar restaurar la salud, mantener el mayor grado de independencia física y mental al objeto de limitar el deterioro funcional que es el indicador determinante en la calidad de vida del paciente geriátrico y principal predictor, con otros factores, del consumo sanitario por parte del anciano. La eficacia y eficiencia de la educación sanitaria en la rehabilitación depende de variables como la coordinación del equipo multidisciplinar que aglutine a los distintos niveles asistenciales y las previsiones de cada uno de ellos, la correcta valoración integral que identifique los problemas médicos, físicos, mentales y sociales, la planificación precoz y anticipada de las necesidades, la realización de un plan terapéutico que incluya la rehabilitación apropiada, haciendo una revisión periódica de ese plan en reuniones interdisciplinarias para llevar a cabo las adaptaciones estructurales necesarias, realizar una formación continuada al personal sanitario y una estrategia de información a pacientes y familiares. Todos estos parámetros se han ido cumpliendo salvo algunas previsiones que son de más difícil consecución y que están motivadas por causas exógenas al ser preciso el concurso de terceras personas -pacientes, familia y cuidadores-, cuya implicación hay que conseguir paulatinamente o por otras vinculadas a la disponibilidades presupuestarias que no son ilimitadas. En los que están referidos al paciente y su familia o cuidador se requiere tiempo para concienciarles de la trascendencia de su implicación en la correcta evolución del plan de rehabilitación. Se trata de contemplar asimismo, aspectos psicosociales individualizados para prever la estrategia más adecuada en cada caso. En cuanto a las disponibilidades presupuestarias se trata de la posibilidad de contar con los recursos artéticos precisos que faciliten la movilidad del paciente de referencia y la adaptación del mobiliario a las necesidades de estos pacientes y que permita la ejecución del plan. A nivel informático también es indispensable una dotación para la realización de videos y reforzamiento de redes para aumentar el impacto del plan. Se trata de un plan que como se ha apuntado, está dando excelentes resultados y cuya continuidad, habida cuenta de la estructura poblacional de Teruel, resulta imprescindible no sólo por lo que supone en la mejora de los procesos de rehabilitación sino porque ello, además, aumenta en el nivel de satisfacción de los usuarios un ahorro significativo al disminuir la duración de los ingresos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/142 ===== ***

Nº de registro: 0142

Título
EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA

Autores:
GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES, VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT, ROYO AGUSTIN MARIA, RUEDA GRACIA EVA, TORRES ARANDA BEATRIZ, ESTEBAN SILVESTRE CONCEPCION, FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA, PANADERO ROMERO MARISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0142

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA

Línea Estratégica : Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos : Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los cuidadores de los pacientes acaecidos de cirugía de cadera y rodilla en el Hospital Obispo Polanco, en ocasiones desconocen como movilizar y ayudar en la rehabilitación de sus convalecientes. Dicha circunstancia provoca demoras en la mejora de la evolución de estos pacientes y estancias prolongadas hospitalarias. Muchos de los factores asociados a la hospitalización, que contribuyen a la aparición del deterioro funcional son potencialmente modificables.

RESULTADOS ESPERADOS

- Objetivo principal: Reducir el grado de deterioro funcional que sufre el paciente anciano durante su ingreso.. Educar y formar a los cuidadores de estos pacientes en la realización de una correcta fisioterapia para agilizar su proceso de rehabilitación. Aumentar la implicación de estos parientes en las movilizaciones de sus pacientes.
- Objetivos secundarios: Reducir la tasa de complicaciones derivadas de la inmovilización. Disminuir las estancias hospitalarias derivadas de la inactividad. Actualizar al personal sanitario

MÉTODO

- Realización de sesiones multidisciplinarias y creación del equipo de calidad con el fin de:
 - 1.Acclaración de competencias por parte de cada miembro
 - 2.Realizar talleres de actualización de movilizaciones en personal sanitario. Instrucción que se realizará para cada estamento: movilizaciones por parte de auxiliares, enfermería, fisioterapia y médicos.
 - 3.Implicación de los profesionales en la consecución de los objetivos mediante charlas informativas de carácter educativo.
 - 4.Implicación de los profesionales en la educación de pacientes/familiares, aumentando la estimulación en el ámbito laboral en beneficio de los pacientes
 5. Promoción de la salud conforme a criterios Lalonde consensuado con los médicos de los diferentes servicios adheridos al programa: Traumatología, Rehabilitación y Geriatria.
- Realizar una labor educativa a los cuidadores mediante:
 - 1.Realización de trípticos informativos acerca de las movilizaciones para repartir entre los familiares/cuidadores que precisan cirugía de cadera y rodilla.
 - 2.Enseñanza en las habitaciones por parte del personal de como realizar actividades básicas.
 - 3.Creación de vídeos para la difusión en la planta de Traumatología que se expondrían en un canal gratuito de los televisores de las habitaciones de las plantas de Traumatología y Geriatria. Estos mismos vídeos se colgarían también en un blog de Traumatología creado a tal fin.
 - 4.Captación de pacientes programados para cirugía para la realización de promoción educativa previa al ingreso. En estas sesiones explicativas se comentarían aspectos sociales y funcionales a tener en cuenta antes de pasar por el proceso traumatológico.
 - 5.Realización d blog online para facilitar la comunicación entre especialistas y pacientes con la supervisión del servicio de informática del Sector de Teruel.
- Mejorar los servicios, materiales y ayudas técnicas que se pueden ofrecer en la planta de Traumatología y Geriatria:

INDICADORES

Indicador 1: % de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Agudos con autonomía en la deambulaci3n y transferencias/ N° total de pacientes ingresados
Indicador 2: % de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Agudos con autonomía en la deambulaci3n y transferencias/ Numero total de pacientes ingresados
Indicador 3: % de pacientes que permanecen encamados más de 48 horas tras cirugía / Numero total de pacientes ingresados
Indicador 4:N% de pacientes institucionalizados de novo al alta/ Numero total de pacientes ingresados
Indicador 5: Número de sesiones realizadas en fisioterapia;a por cada paciente
Indicador 6: N° de de pacientes que desarrollan Síndromes confusionales durante su ingreso/ Numero total de pacientes ingresados

DURACIÓN

Reuniones Organizativas: Marta Desde 2/18 al 2/19Desarrollo de material educactivo para personal sanitario

Todo el equipo/ F.E.A.S.2/18 al 3/1

Realizaci3n de charlas informativas al personal sanitario

Todo el quipo/Eva, Marisa y Beatriz : 1ª sesiones 4/18 y 5/18, y 11/18,12/18.

Creaci3n de trípticos y blog (comrpra de dominio y hosting)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0142

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA

Todo el equipo:4/18 y 5/18.

Creación de videos explicativos y colocación en el blog y las habitaciones; Todo el equipo/María : 5/18 y 6/18

Mejora de los servicios materiales y ayudas técnicas: Todo:el equipo/Concepción n. Desde 2/18 al 6/18.

Captación de pacientes previo a la cirugía para promoción de salud . María . Desde 3/18 al 1/19.

Recogida de datos para realización de indicadores:Todo el equipo/ Carolina y Milagritos En 1/19

Redacción de resultado: Marta 2/19.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA ELENA CASTRO VILELA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CSS SAN JOSE
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. GERIATRIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FORCANO GARCIA MERCEDES
GALA SERRA CARLOS
FANDOS SIERRA LAURA
DOÑATE BASELGA MARIA ANGELES
MONTERO CERCOS PURIFICACION
PONZ FLOR INMACULADA
ESTEBAN MONTALAR CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Creación de equipo interdisciplinar formado por tres médicos geriatras, dos enfermeras, una auxiliar de enfermería, una fisioterapeuta y una terapeuta ocupacional.
- Se realizaron 6 reuniones periódicas organizativas.
- En esta primera etapa se incluyeron pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Geriatria. Se excluyeron pacientes con demencia severa, en cuidados paliativos o con Índice de Barthel menor de 20.
- Se realizó una evaluación de movilidad en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario, durante el ingreso y al alta
- Se hicieron carteles con iconografía para identificar el nivel de movilidad de cada paciente (Nivel A: deambulación con o sin ayuda, Nivel B: transferencias al sillón y Nivel C: encamados) y se colocaron en la cabecera de la cama.
- Se establecieron programas de ejercicios específicos para cada nivel de movilidad (Ejercicios en bipedestación, sedestación y en decúbito dorsal).
- Se establecieron protocolos de actuación según nivel de movilidad. Estos protocolos incluyeron:

o Caminar 3 o más veces al día (Habitación y pasillos)
o Participar en su cuidado personal
o Usar el baño para el aseo
o Comer sentado en la silla (de preferencia en las áreas comunes) y recibir visitas sentado.
o Estimular a familiares y visitantes a caminar con el paciente por la habitación y pasillos
o Ejercicios específicos según nivel de movilidad: al menos 3 veces al día

- Se realizaron Charlas para el personal sanitario para promover la movilización temprana: Total 10 con una asistencia del 90% del personal sanitario del hospital.
- Se realizaron Charlas - Talleres para familiares y cuidadores: "Mantenerse activo durante la hospitalización".
- Se colocaron, en diferentes áreas del hospital, 7 Pósters informativos de los beneficios de la movilidad.
- Se diseñó un díptico informativo de los beneficios de mantenerse activo durante la hospitalización y de la importancia de mantener sus capacidades para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Este díptico fue entregado a los pacientes (familiares y cuidadores) incluidos en el estudio, en el momento del ingreso.
- Se registró en el texto asociado de Farmatools el Nivel de movilidad y las actividades de movilidad específicas para cada nivel
- Para valorar el riesgo del paciente de presentar úlceras por presión, se realizó la Escala de Norton.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- INDICADOR 1: Porcentaje de pacientes con registro de Nivel de movilidad: 90% (Estándar: Superior o igual al 60%)
- INDICADOR 2: Porcentaje de personal sanitario que asistió a una sesión formativa de prevención de deterioro funcional hospitalario: 90%. (Estándar: Superior o igual al 60%)
- INDICADOR 3: Porcentaje de pacientes que son dados de alta con índice de Barthel inferior en 30 puntos al basal: 5 % (Estándar: Inferior al 40%)
- INDICADOR 4: Porcentaje de pacientes y/o familiares que recibieron el díptico informativo de movilidad al ingreso: 80% (Estándar: Superior o igual al 60%)
- INDICADOR 5: N.º de pacientes que desarrollan úlceras por presión en el ingreso: 1% (Estándar: Inferior al 10%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

• La hospitalización, es un factor de riesgo para el deterioro funcional en los ancianos. La inmovilidad y sedentarismo a los que están sometidos, la mayoría de los pacientes, son factores en los que podemos intervenir. La colaboración interdisciplinar del personal sanitario y la implicación de paciente, familiares y cuidadores son fundamentales para prevenir dicho deterioro y conseguir reducir las complicaciones derivadas de la inmovilidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD

•Conseguir la colaboración e implicación de los familiares y cuidadores ha sido una tarea difícil y con muchas limitaciones, creemos que tenemos un amplio margen de mejora en este aspecto. Proponemos continuar con las charlas informativas y talleres específicos para mayor concienciación de los implicados.
•Los horarios, rutinas hospitalarias, carga asistencial y barreras arquitectónicas han sido una limitación para poder llevar a cabo ciertos cambios y recomendaciones para evitar la inmovilización. Proponemos continuar con charlas informativas para implicar más al personal sanitario y plantear posibles alternativas de organización que permitan y favorezcan una mayor movilidad de los pacientes ingresados.

7. OBSERVACIONES.

El grupo de trabajo constituido para este proyecto continuará trabajando en esta línea. Se presentará en la convocatoria 2019 un proyecto de continuidad con el objetivo principal de prevenir el deterioro funcional hospitalario en el anciano.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/156 ===== ***

Nº de registro: 0156

Título
PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD

Autores:
CASTRO VILELA MARIA ELENA, FORCANO GARCIA MERCEDES, GALA SERRA CARLOS, FANDOS SIERRA LAURA, DOÑATE BASELGA MARIA ANGELES, MONTERO CERCOS PURIFICACION, PONZ FLOR INMACULADA, ESTEBAN MONTALAR CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NO ESTÁ DIRIGIDA A UNA PATOLOGÍA EN CONCRETO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hospitalización tiene importantes efectos en la situación funcional del paciente anciano. Diferentes estudios muestran que los ancianos hospitalizados, que dos semanas antes del ingreso caminaban, pasan una media de sólo 43 minutos al día en movimiento durante la hospitalización.
La inmovilización contribuye en importante medida a complicaciones iatrogénicas durante la hospitalización, incluidas, el delirium, las úlceras por decúbito, las infecciones respiratorias y atrofia muscular.
Cada día de inmovilización en una persona anciana está asociado a una pérdida de 1 a 5% de masa muscular; todo ello, con el consecuente impacto sobre su calidad de vida e importantes consecuencias como son la dependencia, institucionalización, mayor consumo de recursos sanitarios y aumento de la mortalidad.
Muchos de los factores asociados a la hospitalización, que contribuyen a la aparición del deterioro funcional son potencialmente modificables. Protocolos de movilización temprana, disminuyen la estancia hospitalaria y mejoran la situación funcional de los pacientes y sus posibilidades de regresar a su domicilio.
Creemos que es importante implementar y evaluar una estrategia multicomponente dirigida al personal sanitario, familiares y cuidadores para promover la movilización temprana en pacientes ancianos hospitalizados.

RESULTADOS ESPERADOS
Implantar un protocolo de movilización temprana de los pacientes ingresados en una unidad de geriatría, que incluya la participación de pacientes, familiares y personal sanitario.
Prevenir el deterioro funcional asociado a la hospitalización.
Disminuir el grado de deterioro funcional del paciente anciano durante la hospitalización.
Reducir la tasa de complicaciones derivadas de la inmovilización.

MÉTODO
•Creación de un equipo interdisciplinar formado por médicos geriatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.
•Se incluirá a los pacientes ingresados en la unidad de agudos del Hospital San José.
•En cada paciente, se realizará una evaluación de movilidad en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario y al alta
•Registro del Índice de Barthel basal, al ingreso y al alta.
•Los pacientes serán agrupados en tres categorías según su nivel de movilidad: Nivel A: Al Deambulación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD

independiente. A2 Deambulaci3n independiente con ayuda t3cnica. A3 Deambulaci3n con ayuda de una persona. Nivel B: Transferencias a sill3n. Nivel C: Encamado,

- Se establecer3n protocolos de actuaci3n seg3n nivel de movilidad
- Se crear3n programas de ejercicios espec3ficos para cada nivel de movilidad.
- La estrategia utilizada para implementar los mensajes de movilizaci3n ser3 multicomponente y adaptada al grupo dirigido:

- oCharlas para el personal sanitario, familiares y cuidadores para promover la movilizaci3n temprana.
- oPosters informativos colocados en sitios estrat3gicos de promoci3n de la movilidad.
- oDiseño de tríptico informativo de los beneficios de mantenerse activo durante la hospitalizaci3n. Este tríptico ser3 entregado a los pacientes, familiares o cuidadores en el momento del ingreso.
- Para valorar el riesgo del paciente de presentar úlceras por presi3n, se utilizar3 la Escala de Norton.
- Al alta se registrar3 en la historia cl3nica si el paciente presenta deterioro funcional hospitalario, definido como, la p3rdida de la capacidad para realizar al menos una actividad b3sica de la vida diaria en el momento del alta respecto a la situaci3n basal (2 semanas antes del inicio de la enfermedad aguda)
- Se crear3 una ficha de recogida de datos que se archivar3 en la historia cl3nica de cada paciente. Los datos recogidos servir3n para valorar las intervenciones realizadas.

INDICADORES

Indicador 1: N3mero de pacientes con registro de nivel de movilidad/ N3mero total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Superior o igual 60%)
Indicador 2: N3mero de personal sanitario que asista a una sesi3n formativa de prevenci3n de deterioro funcional hospitalario/ N3mero total de personal sanitario del Hospital San Jos3 X100 (Superior o igual 60%)
Indicador 3: N3mero de pacientes que son dados de alta con índice de Barthel inferior en 30 puntos al basal/ N3mero total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Inferior al 40%)
-Indicador 4: N3mero de pacientes (o sus familiares) que reciben tríptico informativo de movilidad al ingreso/ N3mero total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Superior o igual 60%)
Indicador 5: N3mero de pacientes que desarrollan úlcera por presi3n/ N3mero total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Inferior al 10%)

DURACI3N

Reuniones Organizativas: Enero - Febrero 2018
Creaci3n de ficha y base de datos: Febrero-Marzo 2018
Recogida de datos: Abril a diciembre 2018
Creaci3n de carteles, Iconograf3a, posters y trípticos: Marzo-abril 2018
Creaci3n de programa de ejercicios: Marzo-abril 2018
Sesiones formativas (personal sanitario, familiares y cuidadores): Marzo a Mayo 2018
Evaluaci3n de los indicadores de calidad: Enero-febrero 2019
Redacci3n de los resultados: Febrero 2019

OBSERVACIONES

Valoraci3n de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCI3N :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCI3N :
MEJORAR LA UTILIZACI3N DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCI3N) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ELENA CASTRO VILELA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CSS SAN JOSE
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. GERIATRIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FORCANO GARCIA MERCEDES
GALA SERRA CARLOS
FANDOS SIERRA LAURA
DOÑATE BASELGA MARIA ANGELES
MONTERO CERCOS PURIFICACION
PONZ FLOR INMACULADA
ESTEBAN MONTALAR CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Creación de equipo interdisciplinar formado por tres médicos geriatras, dos enfermeras, una auxiliar de enfermería, una fisioterapeuta y una terapeuta ocupacional.
- Se realizaron 6 reuniones periódicas organizativas.
- Se incluyeron pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Geriatria. Se excluyeron pacientes con demencia severa, en cuidados paliativos o con Índice de Barthel menor de 20.
- Se realizó una evaluación de movilidad en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario, durante el ingreso y al alta
- Se hicieron carteles con iconografía para identificar el nivel de movilidad de cada paciente (Nivel A: deambulación con o sin ayuda, Nivel B: transferencias al sillón y Nivel C: encamados) y se colocaron en la cabecera de la cama.
- Se establecieron programas de ejercicios específicos para cada nivel de movilidad (Ejercicios en bipedestación, sedestación y en decubito dorsal).
- Se establecieron protocolos de actuación según nivel de movilidad. Estos protocolos incluyeron:

o Caminar 3 o más veces al día (Habitación y pasillos)

o Participar en su cuidado personal

o Usar el baño para el aseo

o Comer sentado en la silla (de preferencia en las áreas comunes) y recibir visitas sentado.

o Estimular a familiares y visitantes a caminar con el paciente por la habitación y pasillos.

o Ejercicios específicos según nivel de movilidad: al menos 3 veces al día

- Se realizaron Charlas para el personal sanitario para promover la movilización temprana: Total 10 con una asistencia del 90% del personal sanitario del hospital.
- Se realizaron Charlas - Talleres para familiares y cuidadores: "Mantenerse activo durante la hospitalización".
- Se colocaron, en diferentes áreas del hospital, 7 Pósters informativos de los beneficios de la movilidad.
- Se diseñó un díptico informativo de los beneficios de mantenerse activo durante la hospitalización y de la importancia de mantener sus capacidades para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Este díptico fue entregado a los pacientes (familiares y cuidadores) incluidos en el estudio, en el momento del ingreso.
- Se registró en el texto asociado de Farmatools el Nivel de movilidad y las actividades de movilidad específicas para cada nivel
- Para valorar el riesgo del paciente de presentar úlceras por presión, se realizó la Escala de Norton.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- INDICADOR 1: Porcentaje de pacientes con registro de Nivel de movilidad: 90% (Estándar: Superior o igual al 60%)
- INDICADOR 2: Porcentaje de personal sanitario que asistió a una sesión formativa de prevención de deterioro funcional hospitalario: 90%. (Estándar: Superior o igual al 60%)
- INDICADOR 3: Porcentaje de pacientes que son dados de alta con índice de Barthel inferior en 30 puntos al basal: 5 % (Estándar: Inferior al 40%)
- INDICADOR 4: Porcentaje de pacientes y/o familiares que recibieron el díptico informativo de movilidad al ingreso: 80% (Estándar: Superior o igual al 60%)
- INDICADOR 5: N.º de pacientes que desarrollan úlceras por presión en el ingreso: 1% (Estándar: Inferior al 10%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La hospitalización, es un factor de riesgo para el deterioro funcional en los ancianos. La inmovilidad y sedentarismo a los que están sometidos, la mayoría de los pacientes, son factores en los que podemos intervenir. La colaboración interdisciplinar del personal sanitario y la implicación de paciente, familiares y cuidadores son fundamentales para prevenir dicho deterioro y conseguir reducir las complicaciones derivadas de la inmovilidad.
- Conseguir la colaboración e implicación de los familiares y cuidadores ha sido una tarea difícil y con muchas limitaciones, creemos que tenemos un amplio margen de mejora en este aspecto. Proponemos continuar con las charlas informativas y talleres específicos para mayor concienciación de los implicados. • Los horarios, rutinas hospitalarias, carga asistencial y barreras arquitectónicas han sido una limitación para poder llevar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD

a cabo ciertos cambios y recomendaciones para evitar la inmovilización. Proponemos continuar con charlas informativas para implicar más al personal sanitario y plantear posibles alternativas de organización que permitan y favorezcan una mayor movilidad de los pacientes ingresados.

7. OBSERVACIONES.

El grupo de trabajo constituido para este proyecto continuará trabajando en esta línea.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/156 ===== ***

Nº de registro: 0156

Título
PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD

Autores:
CASTRO VILELA MARIA ELENA, FORCANO GARCIA MERCEDES, GALA SERRA CARLOS, FANDOS SIERRA LAURA, DOÑATE BASELGA MARIA ANGELES, MONTERO CERCOS PURIFICACION, PONZ FLOR INMACULADA, ESTEBAN MONTALAR CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NO ESTÁ DIRIGIDA A UNA PATOLOGÍA EN CONCRETO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hospitalización tiene importantes efectos en la situación funcional del paciente anciano. Diferentes estudios muestran que los ancianos hospitalizados, que dos semanas antes del ingreso caminaban, pasan una media de sólo 43 minutos al día en movimiento durante la hospitalización.
La inmovilización contribuye en importante medida a complicaciones iatrogénicas durante la hospitalización, incluidas, el delirium, las úlceras por decúbito, las infecciones respiratorias y atrofia muscular.
Cada día de inmovilización en una persona anciana está asociado a una pérdida de 1 a 5% de masa muscular; todo ello, con el consecuente impacto sobre su calidad de vida e importantes consecuencias como son la dependencia, institucionalización, mayor consumo de recursos sanitarios y aumento de la mortalidad.
Muchos de los factores asociados a la hospitalización, que contribuyen a la aparición del deterioro funcional son potencialmente modificables. Protocolos de movilización temprana, disminuyen la estancia hospitalaria y mejoran la situación funcional de los pacientes y sus posibilidades de regresar a su domicilio.
Creemos que es importante implementar y evaluar una estrategia multicomponente dirigida al personal sanitario, familiares y cuidadores para promover la movilización temprana en pacientes ancianos hospitalizados.

RESULTADOS ESPERADOS
Implantar un protocolo de movilización temprana de los pacientes ingresados en una unidad de geriatría, que incluya la participación de pacientes, familiares y personal sanitario.
Prevenir el deterioro funcional asociado a la hospitalización.
Disminuir el grado de deterioro funcional del paciente anciano durante la hospitalización.
Reducir la tasa de complicaciones derivadas de la inmovilización.

MÉTODO
• Creación de un equipo interdisciplinar formado por médicos geriatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.
• Se incluirá a los pacientes ingresados en la unidad de agudos del Hospital San José.
• En cada paciente, se realizará una evaluación de movilidad en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario y al alta
• Registro del Índice de Barthel basal, al ingreso y al alta.
• Los pacientes serán agrupados en tres categorías según su nivel de movilidad: Nivel A: Al Deambulación independiente. A2 Deambulación independiente con ayuda técnica. A3 Deambulación con ayuda de una persona. Nivel B: Transferencias a sillón. Nivel C: Encamado,
• Se establecerán protocolos de actuación según nivel de movilidad
• Se crearán programas de ejercicios específicos para cada nivel de movilidad.
• La estrategia utilizada para implementar los mensajes de movilización será multicomponente y adaptada al grupo dirigido:
o Charlas para el personal sanitario, familiares y cuidadores para promover la movilización temprana.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD

oPosters informativos colocados en sitios estratégicos de promoción de la movilidad.
oDiseño de tríptico informativo de los beneficios de mantenerse activo durante la hospitalización. Este tríptico será entregado a los pacientes, familiares o cuidadores en el momento del ingreso.
•Para valorar el riesgo del paciente de presentar úlceras por presión, se utilizará la Escala de Norton.
•Al alta se registrará en la historia clínica si el paciente presenta deterioro funcional hospitalario, definido como, la pérdida de la capacidad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria en el momento del alta respecto a la situación basal (2 semanas antes del inicio de la enfermedad aguda)
•Se creará una ficha de recogida de datos que se archivará en la historia clínica de cada paciente. Los datos recogidos servirán para valorar las intervenciones realizadas.

INDICADORES

Indicador 1: Número de pacientes con registro de nivel de movilidad/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Superior o igual 60%)
Indicador 2: Número de personal sanitario que asista a una sesión formativa de prevención de deterioro funcional hospitalario/ Número total de personal sanitario del Hospital San José X100 (Superior o igual 60%)
Indicador 3: Número de pacientes que son dados de alta con índice de Barthel inferior en 30 puntos al basal/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Inferior al 40%)
-Indicador 4: Número de pacientes (o sus familiares) que reciben tríptico informativo de movilidad al ingreso/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Superior o igual 60%)
Indicador 5: Número de pacientes que desarrollan úlcera por presión/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Inferior al 10%)

DURACIÓN

Reuniones Organizativas: Enero - Febrero 2018
Creación de ficha y base de datos: Febrero-Marzo 2018
Recogida de datos: Abril a diciembre 2018
Creación de carteles, Iconografía, posters y trípticos: Marzo-abril 2018
Creación de programa de ejercicios: Marzo-abril 2018
Sesiones formativas (personal sanitario, familiares y cuidadores): Marzo a Mayo 2018
Evaluación de los indicadores de calidad: Enero-febrero 2019
Redacción de los resultados: 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 - 2018/0269

1. TÍTULO

NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN GERIATRIA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE DANIEL MARTINEZ FABRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO VILELA MARIA ELENA
HERNANDEZ MARTIN JULIA
CORREA BALLESTER MARTA
GALA SERRA CARLOS
OQUENDO MARMANEU CARMEN
GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA
SOLIS MAGDALENO ROSA ELVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde Enero de 2018 se comenzó a establecer en la primera semana del ingreso del paciente, el médico responsable establecerá el Nivel de Intervención Terapéutica (NIT) y las recomendaciones sobre toma de decisiones de forma individualizada y consensuada con paciente y familia. Este proceso será realizado a través de la Valoración Geriátrica Integral y con la ayuda de las herramientas descritas en los Anexos de este documento. Tanto el NIT como las recomendaciones en toma de decisiones serán registrados en Historia Clínica y en el texto asociado del programa de prescripción electrónica (Farmatools®).

Las compañeras farmacéuticas han revisado el tratamiento prescrito y mediante la herramienta de deprescripción Stopfrail, se han sugerido los cambios necesarios en aquellos pacientes con nivel de Intervención C y D. Se ha realizado un registro en Hoja Excel de los datos necesarios para cumplimentar los indicadores de evaluación de este proyecto.

En el mes de Enero de 2019 se han analizado los resultados obtenidos de los indicadores de los pacientes ingresado desde 1 de Mayo de 2018 a 31 de Diciembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En todos los indicadores la fuente de obtención es la Historia Clínica del paciente y su tratamiento prescrito en el Programa Farmatools, los resultados son los siguientes:

Indicador 1: Estratificación según la complejidad. Se ha establecido un Nivel de Intervención Terapéutica en 415 pacientes de los 513 ingresados durante el periodo descrito en el proyecto, lo que supone un 80,8 %; superando el estándar de calidad propuesto.

Indicador 2: Toma de Decisiones. En un 70,37 % de los pacientes del total de pacientes ingresados se realizó una recomendación sobre manejo teniendo en cuenta su nivel de intervención. Sin embargo ajustando por aquellos pacientes en los que se había realizado una estratificación según su complejidad, el 85% de los pacientes se había anotado en su Historia Clínica alguna orientación sobre maniobras diagnóstico terapéuticas a las que era candidato, siendo además consensuadas con compañeros, paciente y familia, en la mayoría de los casos.

Indicador 3: Deprescripción farmacéutica. Tan sólo en el 31% de los pacientes con NIT C o D se ha registrado el uso de la Herramienta de Deprescripción Stopfrail en el programa de Farmacia Farmatools®; sin embargo se ha realizado un análisis de aquellos pacientes que fallecieron durante el ingreso y el 75,8% de ellos el tratamiento recibido 24 horas antes de su fallecimiento era exclusivamente paliativo, por lo que se puede deducir que en un gran porcentaje de pacientes se realizó adecuación del esfuerzo terapéutico, suspendiendo fármacos con orientación preventiva como IBPs, enoxaparinas, etc...

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La acogida de esta herramienta propuesta en el proyecto de calidad, ha sido ampliamente implementada por los facultativos participantes en el proyecto y por compañeros que intervienen en el manejo de los pacientes ingresados en el Hospital. La realidad es que ante la gravedad de algunos ingresos que fallecen de forma temprana, resulta complicado poder realizar una correcta estratificación y adecuación del nivel de intervención terapéutica. Sería interesante que esta herramienta pudiese ser usada desde Atención Primaria y desde otros niveles asistenciales/especialidades.

Los resultados del indicador número 3, no han alcanzado el estándar de calidad planteado, sin embargo hay que tener en cuenta que aquellos ingresos que se realizaron durante el periodo vacacional de las compañeras farmacéuticas no se pudo realizar esta tarea. Además no se tuvo en cuenta la deprescripción que se realiza al ingreso de los pacientes, que debería haberse registrado, pues en la mayoría de los casos, es el momento en el que mayor ajustes se realizan a nivel de tratamientos no indicados.

Sería interesante poder recoger las impresiones de compañeros de enfermería y medicina, ante la variabilidad clínica que se ha observado en la estratificación y las orientaciones diagnóstico terapéuticas en los diferentes niveles de intervención. Aunque la impresión general es que resulta una herramienta útil a la hora de facilitar la toma de decisiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/269 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0269

1. TÍTULO

NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN GERIATRIA

Nº de registro: 0269

Título
NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN GERIATRIA

Autores:
GALA SERRA CARLOS, MARTINEZ FABRE DANIEL, CASTRO VILELA MARIA ELENA, FORCANO GARCIA MERCEDES, HERNANDEZ MARTIN JULIA, CORREA BALLESTER MARTA, FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA, LINGE MARTIN MAGDALENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El envejecimiento implica un aumento de cronicidad y comorbilidad, que condiciona un incremento de dependencia e institucionalización, elevando el consumo de recursos socio-sanitarios, con la aparición de situaciones complejas. Para facilitar la toma de decisiones y manejar la complejidad de los pacientes ingresados en el Hospital San José de Teruel, se propone estratificarlos mediante los Niveles de Intervención Terapéutica (NIT) según la Valoración Geriátrica Integral (VGI).

RESULTADOS ESPERADOS
1.Implementar una herramienta de ayuda para definir objetivos terapéuticos y facilitar la unidad de criterios, evitando la variabilidad clínica entre profesionales.
2.Anticipar la toma de decisiones en situaciones críticas. Facilitar a todos los profesionales los objetivos fundamentales e intervenciones indicadas o no recomendables en cada paciente.
3.Ofrecer a los pacientes una atención de calidad en el final de su vida: mediante la mejoría del control de síntomas y la adecuación del esfuerzo terapéutico, con la ayuda de herramientas de optimización de prescripción.

MÉTODO
El médico responsable establecerá el NIT mediante la VIG y las recomendaciones sobre toma de decisiones de forma individualizada y consensuada con paciente y familia. Las farmacéuticas usarán la herramienta de deprescripción Stopfrail y propondrán al médico responsable los fármacos a deprescribir. Este proceso será registrado en Historia Clínica y en el texto asociado del programa de prescripción electrónica (Farmatools®) y recogido en Access.

INDICADORES
Indicador1: Estratificación según la complejidad. Fórmula: (Nº pacientes identificados con NIT/ Nº total de pacientes ingresados el Hospital San José) x100. Estándar: 70%. Fuente de datos: Historia clínica y texto asociado del programa de prescripción electrónica (Farmatools®).
Indicador2: Toma de Decisiones. Fórmula: (Nº de pacientes con registro de toma de decisiones/Nº de pacientes ingresados) x 100. Estándar: 70%. Fuente de datos: Historia clínica y texto asociado de Farmatools®
Indicador3: Deprescripción farmacéutica. Fórmula: (Nº de pacientes identificados con NIT C o D con tratamiento revisado utilizando la herramienta Stopfrail/ Nº de pacientes identificados con NIT C y D) x 100. Estándar: 60%. Fuente de datos: Farmatools®.

DURACIÓN
Definición del proyecto:Enero-Marzo2018. Implantación - Recogida de datos:Abril2018-Enero2019. Evaluación de los indicadores de Calidad:Agosto2018 y Febrero2019.Redacción de los resultados: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 - 2018/0269

1. TÍTULO

NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN GERIATRIA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0023

1. TÍTULO

ADMINISTRACION DE OXIGENOTERAPIA EN EL AMBITO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE MILAGROS DIAZ GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRÑAN TORNERO JOSE ABRAHAM
MONTERO CERCOS PURIFICACION
PONZ FLOR INMACULADA
VIDAL SANZ ANA MARIA
ESCUDEARNAU ISABEL
PEREZ NAVALON CARMEN
SAN MARTIN IGUAL ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Creación de un equipo interdisciplinar formado por geriatras, farmacéutica, enfermería y TCAES.
- Reuniones periódicas con los componentes del equipo.
- Se ha llevado procedimiento sistemático de revisión de la literatura. Búsqueda en un total de 29 bases de datos entre ellas: BVS, Medine, Cochran, Cuiden, Pubmed. También se han revisado diferentes guías y protocolos de distintos hospitales, aceptando artículos, manuales o procedimientos instaurados que fuesen posteriores al año 2005 y que hicieran referencia al tratamiento de la oxigenoterapia en el ámbito hospitalario con criterios de calidad y homogeneidad metodológica para poder administrar este tratamiento.
- Formación a TCAES para la higiene de los sistemas de administración de oxigenoterapia y nebulización
- Formación a cuidadores principales
- Taller para enfermería de oxigenoterapia hospitalaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

100% DE PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA.

FUENTE: Dominium prescrito cuidados oxigenoterapia: gafas nasales (GN) Oxigenoterapia: Ventimax(VM). Validación dominion por enfermería
Historia clínica: Registro en hoja de plan de cuidados de enfermería

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoacion muy positiva.

no se ha cumplido uno de los indicadores por falta de registro: Mantenimiento de la higiene de los sistemas de administración de oxigenoterapia y nebulización

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/23 ===== ***

Nº de registro: 0023

Título
ADMINISTRACION DE OXIGENOTERAPIA EN AMBITO HOSPITALARIO

Autores:
DIAZ GARCIA MILAGROS, GRÑAN TORNERO JOSE ABRAHAM, VIDAL SANZ ANA MARIA, MONTERO CERCOS PURIFICACION, PONZ FLOR INMA, SANMARTIN IGUAL ELISA, ESCUDER ARNAU ISABEL, PEREZ NAVALON MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
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.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0023

1. TÍTULO

ADMINISTRACION DE OXIGENOTERAPIA EN EL AMBITO HOSPITALARIO

PROBLEMA

La oxigenoterapia es un tratamiento utilizado en el ambito hospitalario que no está exento de riesgos y precauciones que tanto los profesionales como los pacientes y familiares debemos de tener tanto para su correcta administración como para su mantenimiento y para evitar posibles repercusiones en la salud del paciente.

Es una parte importante del tratamiento tanto en situaciones de insuficiencia respiratoria aguda como crónica en el perfil del paciente ingresado en nuestro hospital, enfocado en la labor de enfermería para orientar a este colectivo en el correcto manejo del tratamiento y así poder resolver las dudas y corregir los errores que se hayan podido producir en la administración de la oxigenoterapia en nuestro hospital y prevenir las posibles infecciones nosocomiales.

RESULTADOS ESPERADOS

Principal: Analizar el manejo, procedimientos y correcto mantenimiento y recambio de la oxigenoterapia desde un punto teórico y práctico.

Secundario: Prevenir y/o corregir los efectos no deseados derivados de la administración de oxígeno(infecciones bucales, infecciones nosocomiales, UPP...)

MÉTODO

Realizar Proyecto de Calidad para la correcta administración de oxigenoterapia en el ambito hospitalario a partir de búsqueda bibliografica en diferentes bases de datos como Pubmed o Cuiden, revisar diferentes guías clínicas y protocolos de distintos hospitales.

Se aceptaran artículos, manuales o procedimientos instaurados posteriores al año 2005 y que hagan referencia al tratamiento de oxigenoterapia en el ambito hospitalario.

INDICADORES

La evaluación de este procedimiento se realizará mediante estudio de incidencia o corte de prevalencia, proponiendo a las unidades un sistema de autoevaluación considerando los siguientes aspectos a evaluar:

- La concentración y flujo de O₂ suministrada con la prescrita.

INDICADOR=(número de pacientes con oxigenoterapia en los que la concentración de oxígeno suministrada se corresponde con la prescrita/Total de pacientes con oxigenoterapia)x100

- El flujo y la pauta de o₂ a suministra está registrado

INDICADOR=(número de pacientes con oxigenoterapia en los que el flujo esta registrado en el humidificador y en el documento de evolución de enfermería/Total de pacientes con oxigenoterapia)x100

- Aparición de UPP en las zonas de apoyo del sistema de suministro de O₂.

INDICADOR= (número de pacientes con oxigenoterapia que presentan UPP en las zonas de apoyo del sistema de administración de oxígeno/Total de pacientes con oxigenoterapia)x100

- Mantenimiento de la higiene de los sistemas de administración de oxigenoterapia y nebulización.

INDICADOR= (número de sistemas de administración de oxigenoterapia y nebulización con signos de suciedad o restos de secreciones del paciente/ Total de pacientes con dichos sistemas)x100

- Registro correcto de fecha de apertura de sistemas de oxigenoterapia y nebulización .

INDICADOR= (número de pacientes con sistemas de oxigenoterapia y nebulización, en los cuales se ha hecho correctamente el registro en la hoja de evolución de enfermería y en los propios sistemas para su recambio/ Total de pacientes que tienen oxigenoterapia)x100

DURACIÓN

Dende su implantación. Revisión cada 4 años 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 - 2019/0023

1. TÍTULO

ADMINISTRACION DE OXIGENOTERAPIA EN EL AMBITO HOSPITALARIO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0168

1. TÍTULO

DESPRESCRIPCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS GALA SERRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRÍA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUILEZ SALAS NURIA
FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De Enero a Marzo de 2019, se realizaron dos sesiones informativas a todos los miembros del proyecto, donde se explicó la definición de la desprescripción, los criterios STOPP y STOPP-Frail además de los niveles de intervención y los objetivos del proyecto para unificar los conceptos. Se adjuntó también vía mail la bibliografía asociada al proyecto.

Se decidió incluir a todos los pacientes que acudían a consultas externas excepto aquellos que habían sido hospitalizados en el mes previo ya que se daba por sentado que se había realizado un ajuste de medicación al alta hospitalaria.

Se realizó una tabla Excel con todas las variables: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, autopercepción de salud, índice de Barthel, presencia de demencia, situación social, factores de riesgo cardio-vascular, enfermedades cardio y cerebro-vasculares y principales síndromes geriátricos. También se incluyó déficits sensoriales, dolor y fragilidad y polimedicación, entendiéndose por esta la toma de más de 5 fármacos, ya que todas estas variables se han asociado con polimedicación y prescripciones potencialmente inadecuadas. Por último, en los pacientes que realizamos desprescripción, anotamos el tipo de descripción siguiendo los criterios STOPP y STOPP-FRIL.

Una vez realizada la toma de datos, informamos a los pacientes y realizamos la desprescripción en la receta electrónica, informando a su médico de atención primaria en el informe de alta.

La toma de datos y la desprescripción la realizamos de Mayo a Diciembre de 2019. No se pudo recoger la adherencia a la desprescripción por el corto periodo de tiempo del proyecto ya que la mayoría de los pacientes no realizaron dos visitas a consultas en este periodo.

Recursos empleados:

Historia Clínica electrónica, receta electrónica, base de datos Excel. Médicos implicados en el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se recogieron datos de un total de 176 pacientes.

67% mujeres y 33% hombres. La edad media fue de 84 años, con la mayor parte de los pacientes con estudios primarios. El 58% tenían una mala percepción de su salud y la gran mayoría eran parcialmente dependiente y presentaban deterioro cognitivo o demencia. Cumplían criterios de fragilidad el 28% de la muestra.

Presentaron polifarmacia el 45, 5% de la muestra (79), se realizaron un total de 25 desprescripciones en un total de 18 pacientes con polimedicación.

- Indicador 1: (Nº de médicos que asisten a las sesiones de desprescripción/ Nº total de médicos del hospital)

X100 (Estándar: Superior o igual al 50%)

Asistieron 7 médicos de una plantilla de 14 incluidos los médicos residentes. Un 50%

- Indicador 2: (Nº de pacientes en los que se realiza desprescripción/ Nº total de pacientes polimedificados detectados) X100 (Estándar: Superior o igual al 50%)

Se realizó desprescripción en 18 pacientes de 79 pacientes polimedificados. Representa el 22,8% de desprescripciones en pacientes polimedificados.

- Indicador 3: (Nº de pacientes en los que se realiza la desprescripción y se realiza anotación en la historia electrónica/ Nº de pacientes polimedificados en los que se realiza desprescripción) X100 (Estándar: Superior o igual al 40%).

Se anotó la desprescripción realizada en su curso de la Historia Clínica electrónica en el 100% de los pacientes intervenidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En nuestra muestra nos aparece una prevalencia de polimedicación un poco inferior a la vista en otros estudios, al igual que la prevalencia de fragilidad. Son más frecuentes las mujeres y la edad media concuerda con otros resultados.

La desprescripción la hemos realizado es casi un 23% de la muestra de pacientes polimedificados, lo cual no es un mal resultado debido a la pluripatología y fragilidad de este subgrupo.

Observamos una adherencia del 80 % en muestra de 18 pacientes que han acudido a consulta de revisión; el resto de pacientes tienen las consultas de seguimiento de los 6 meses, a partir del mes de febrero del 2020, por lo que no se puede completar este dato.

Creo que más iniciativas así son necesarias por el porcentaje tan elevados de pacientes mayores polimedificados en nuestra población, la posible aparición de prescripciones inadecuadas, los efectos adversos y el importante gasto sanitario que implica este hecho en nuestro sistema.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0168

1. TÍTULO

DESPRESCRIPCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/168 ===== ***

Nº de registro: 0168

Título
DESPRESCRIPCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA

Autores:
GALA SERRA CARLOS, GONZALES EIZAGUIRRE MARTE, QUILEZ SALAS NURIA, MARTINEZ FABRE DANIEL, LINGUE MARTIN MAGDALENA, OQUENDO MARMANEU CARMEN, FERNANDEZ MINYANA DIONIS CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ANCIANOS POLIMEDICADOS ·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los >65 años son el 17% de los españoles y consumen el 73% del gasto farmacéutico. A su vez los > 85 años son ahora la población de mayor expansión demográfica y en este principio del siglo xxi las personas vivirían más años y con menor discapacidad.

La polimedicación es un problema de SP de 1º orden en los países desarrollados, por su prevalencia (entre los ancianos frágiles o muy ancianos es del 70%) y por sus consecuencias clínicas, legales, éticas y económicas. La deprescripción es el proceso de analizar los medicamentos que concluye con la modificación de dosis o sustitución de fármacos. Los condicionantes para poder llevarla a cabo de una forma segura y aceptada son la disponibilidad de evidencias científica, la funcionalidad física y social, la calidad de vida, la comorbilidad, las preferencias del paciente, y los factores farmacológicos de los medicamentos.

Muchos de los medicamentos que toman los ancianos frágiles o enfermos terminales producen efectos adversos molestos o graves, por tanto, en determinadas ocasiones su retirada pudiera estar justificada tanto del punto de vista clínico, ético como económico.

La deprescripción se hará:

- 1.- Realizando listado de medicamentos y valorando la polimedicación (> 5 fármacos, según los criterios de Monane y Cols)
 - 2.- Valorando el estado funcional, cognitivo y socio-cultural como factores de riesgo de la polimedicación.
 - 3.- Valorando metas, objetivos ttº, esperanza vida y tiempo hasta el beneficio para aplicar los criterios de deprescripción
 - 4.- En los pacientes seleccionados, aplicando criterios STOPP versión 2, Denis O'Mahony et all, Age and Ageing 2014, de deprescripción.
- Anexo: Inclusión en el Programa de Gestión de Proyectos del SALUD-2019
- 5.- Valorando en visitas futuras, adherencia a la deprescripción realizada, caídas, fallo renal, hospitalizaciones y mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Detección de pacientes polimedificados en nuestras consultas para prevenir yatrogenia medicamentosa. Pacientes polimedificados (> 5 fármacos)
2. Mejorar la formación del personal médico y de enfermería en criterios de deprescripción en el anciano.
3. Intentar realizar la deprescripción de medicación inadecuada en aquellos pacientes que lo necesiten teniendo en cuenta su VGI, objetivos del tratamiento, esperanza de vida y beneficio del tratamiento, siguiendo los criterios STOPP versión 2 y criterios STOPP-frail

MÉTODO

Creación de grupo de trabajo por geriatras y residentes que pasan consultas externas.

- Reuniones organizativas al inicio del proyecto y cada 2 meses para valorar la evolución del proyecto.
- Elaboración de la hoja de recogida de datos en la primera visita y en las visitas consecutivas. Discusión de las variables a recoger.
- Sesiones formativas de a los médicos que van a coger las variables de los criterios STOPP versión 2, 2014 y STOP-FRAIL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0168

1. TÍTULO

DESPRESCRIPCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS DE GERIATRÍA

Una vez de acuerdo con las variables que recogeremos en la 1ª y visitas sucesivas, comenzaremos con la recogida de datos y desprescripción en las consultas externas de Geriatria. Se realizarán sesiones formativas a los médicos que realizan la desprescripción de esta y los criterios elegidos y se informará al médico de AP de la desprescripción mediante anotación en la HCE.

Finalmente se creará una Excel en el que se registrará datos de las hojas de recogida en la 1ª visita y posteriores. Se recogerá: edad, sexo, Índice de Barthel, deterioro cognitivo o enfermedad psiquiátrica, nivel cultural, situación social, nº de fármacos, desprescripción o no, nº de desprescripciones, adherencia a la desprescripción y caídas, fallo renal, hospitalizaciones y mortalidad retrospectiva.

INDICADORES

- 1: (Nº médicos que asisten a las sesiones/ Nº total de médicos del hospital) X100 (Estándar: Superior o igual al 50%)
- 2: (Nº de pacientes de desprescripción/ Nº total de pacientes polimedificados detectados) X100 (Estándar: Superior o igual al 50%)
- 3: (Nº de pacientes en los que se realiza la desprescripción y se realiza anotación en la historia electrónica/ Nº de pacientes polimedificados en los que se realiza desprescripción) X100 (Estándar: Superior o igual al 40%)

DURACIÓN

1. Reuniones para definir herramientas y proyecto. Coordinado por Carlos Gala de Feb-Abril 2019.
2. Crear Access/Excel para recogida de datos. Responsable Carlos Gala. Marzo-Abril 2019.
3. Implantación del proyecto. Recogida de datos. Tpdos los autores de Mayo-Diciembre 2019.
4. Evaluación de los indicadores de Calidad. Responsable Carlos Gala. Enero 2020.
5. Redacción de los resultados. Responsable Carlos Gala. Enero-Febrero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0434

1. TÍTULO

PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO: ENFOQUE INTERDISCIPLINAR

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE PURIFICACION MONTERO CERCOS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CSS SAN JOSE
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO VILELA MARIA ELENA
VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT
GALA SERRA CARLOS
SOLIS MAGDALENO ROSA ELVA
ALVAREZ GOMEZ ESTHER
SALVADOR PEREZ PILAR
GARCIA SIMON ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- El grupo de trabajo interdisciplinar fue constituido al inicio de año y conformado por 5 geriatras, 1 psicóloga y 2 enfermeras. Daniel Martínez (Geriatra) y Ines Susin (Psicóloga) se dieron de baja del equipo inicial dado a que finalizaron su contrato laboral con el hospital, siendo reemplazados por Esther Álvarez Gómez (FEA de geriatría) y Elisa García Simon (EIR 1 año). Se formaron subgrupos de trabajo que se encargaron de diferentes funciones.
- Se realizaron 3 reuniones organizativas formales y varias reuniones informales entre los componentes de cada subgrupo de trabajo.
- Se inició la utilización de Herramienta CAM (Confusion Assessment Method) para detección de Delirium.
- Creación de base de datos Excel y registro de variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes con algún episodio de Delirium durante su ingreso. La recogida de datos se retrasó por problemas de organización internos, iniciándose el 9 de septiembre hasta el 30 de noviembre.
- Elaboración e impresión de Pósters (2) con el protocolo de actuación para personal sanitario (colocado en los controles de enfermería) y posters informativos para familiares (4) (colocados en las salas comunes de hospitalización).
- Elaboración, impresión y reparto de Tríptico informativo para pacientes y familiares. Estos trípticos fueron entregados durante la estancia hospitalaria de los pacientes.
- Se han realizado 6 sesiones formativas para el personal sanitario con una asistencia del 68,3% del personal.
- Se han realizado 3 sesiones para familiares.
- Se ha comprobado mejoras en el registro y codificación del diagnóstico de Delirium en el informe de alta. (95% de los casos de Delirium detectados durante hospitalización, han quedado registrados en los informes de alta hospitalaria).
- Dentro de las actividades realizadas para la prevención y manejo no farmacológico del Delirium, se han realizado medidas de mejoras en:
 - o Orientación: Calendarios y relojes en zonas comunes
 - o Nutrición: Valoración nutricional de los pacientes ingresados
 - o Protocolos de hidratación con participación de familiares-cuidadores y personal sanitario
 - o Ritmo sueño - vigilia: adaptar horarios de administración de la medicación, toma de muestras, constantes y otros cuidados que suelen realizarse a última hora de la noche para evitar la interrupción del sueño
 - o Facilidades auditivas y visuales
 - o Promoción de la movilidad
 - o Eliminar restricciones en lo posible
 - o Facilitar transferencias a WC
 - o Mejorar control del dolor

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Indicador 1: (Nº de pacientes con delirium durante el ingreso (confirmados mediante uso de herramienta CAM)/ Nº total de pacientes ingresados en el HSJ) X100 (Estándar: Menor al 50%):
 - o $57/236 \times 100: 24,1\%$
 - o Se detectó 57 pacientes con delirium durante su ingreso en el periodo Septiembre - Noviembre 2019 de un total de 236 pacientes ingresados (24,1%).
- Indicador 2: (Nº de pacientes/familiares que recibieron el tríptico informativo de delirium/ Nº total de pacientes ingresados en el HSJ) X100 (Estándar: Superior o igual al 60%)
 - o $55/91 \times 100: 60\%$
 - o En relación con este indicador, ya que hubo un retraso en la impresión de los trípticos, se decidió finalmente solo valorar su entrega durante 1 mes (octubre).
 - o Deberá tomarse en cuenta que existieron varios factores que dificultaron que se consiguiera un mayor porcentaje de cumplimiento, como el recambio de médicos los cuales estaban a cargo de la entrega y explicación del tríptico, la ausencia de familiares o cuidadores acompañando a algunos pacientes, etc.
 - o Además de la entrega del tríptico, se hicieron las recomendaciones de forma verbal por parte de médicos, enfermeras y auxiliares.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0434

1. TÍTULO

PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO: ENFOQUE INTERDISCIPLINAR

- Indicador 3: (Nº de pacientes con registro de diagnóstico de delirium en el informe de alta/ Nº total de pacientes con algún episodio de delirium registrado en la historia clínica, ingresados en el HSJ) X100 (Estándar: Superior o igual al 60%)
o 57/60 x 100: 95%
- Indicador 4: Nº de personal sanitario que asista a una sesión formativa de prevención del delirium/ Nº total de personal sanitario) X100 (Estándar: Superior o igual al 60%)
o 41/60 x 100: 68.3%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se ha conseguido elaborar un protocolo de actuación para la prevención del delirium, detección y tratamiento no farmacológico.
- A través de este proyecto se ha mejorado nivel de conocimiento de los familiares, cuidadores y personal sanitario respecto al Delirium.
- La incidencia de Delirium durante el periodo de recolección de dato es 24,1%
- Se ha mejorado el registro del diagnóstico de delirium en la historia clínica y el informe de alta.

El grupo de trabajo constituido para este proyecto continuará trabajando en esta línea.

Se continuará con sesiones periódicas para el personal, especialmente para las nuevas incorporaciones y también charlas dirigidas a los pacientes y familiares. Se intentará mejorar el porcentaje de entrega de los trípticos de prevención de delirium para familiares y pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/434 ===== ***

Nº de registro: 0434

Título
PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO: ENFOQUE INTERDISCIPLINAR

Autores:
MONTERO CERCOS PURIFICACION, CASTRO VILELA MARIA ELENA, GALA SERRA CARLOS, MARTINEZ FABRE DANIEL, SOLIS MAGDALENO ROSA ELVA, VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT, SALVADOR PEREZ PILAR, SUSIN ARREGUI INES

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El delirium es un síndrome orgánico que se caracteriza por un inicio agudo, un curso fluctuante y alteraciones de la consciencia, de la orientación, de la memoria, del pensamiento, de la percepción y del comportamiento. Puede provocar una cascada de fenómenos que conducen al deterioro funcional, dependencia, institucionalización y eventualmente la muerte.

La prevalencia en mayores de 85 años llega hasta el 14%. A nivel hospitalario varía del 10-56%. La mortalidad intrahospitalaria suele estar entre el 22 y el 76%.

El uso de protocolos para el reconocimiento de pacientes de riesgo alto de delirium es de gran importancia para su prevención.

Creemos que la creación de un protocolo de actuación interdisciplinaria para la prevención, detección y tratamiento del delirium, beneficiará a los ancianos ingresados en Geriátrica.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un protocolo de actuación para la prevención del delirium, detección y tratamiento no farmacológico.

Mejorar el conocimiento de los familiares, cuidadores y personal sanitario respecto al Delirium.

Conocer la incidencia de delirium en nuestro hospital.

Mejorar el registro del diagnóstico de delirium en la historia clínica y el informe de alta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0434

1. TÍTULO

PREVENCIÓN Y MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO: ENFOQUE INTERDISCIPLINAR

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar.

Reuniones organizativas.

Elaboración de un protocolo de prevención, detección y tratamiento no farmacológicas del delirium que incluya:

1. Medidas no farmacológicas para la prevención: orientación, nutrición, hidratación, ritmo sueño - vigilia, facilidades auditivas y visuales, movilidad, eliminar restricciones en lo posible y facilitar transferencias a WC, control del dolor. 2. Se propondrá adaptar horarios de administración de la medicación, toma de muestras, constantes y otros cuidados que suelen realizarse a última hora de la noche o a primera hora de la mañana para evitar la interrupción del sueño. 3. Herramienta para diagnóstico de delirium (Confusion Assessment Method - CAM). 4. Conducta a seguir en caso de detección de delirium.

Este protocolo estará en los controles de enfermería y quedará reflejado en forma de poster para facilitar que todo el personal tenga acceso a este.

Elaboración de un tríptico informativo de Delirium, dirigido a familiares y cuidadores.

Realización de sesiones clínicas de Delirium con el objetivo de que todo el personal sanitario se actualice y se involucre en las actividades de este proyecto.

Talleres dirigidos a familiares y cuidadores con información acerca del delirium y medidas para prevenirlo.

Taller de aprendizaje de control conductual por el personal, mediante técnicas psicológicas, verbales y de manejo conductual, de agitación y delirium.

Protocolizar el registro en el informe de alta del diagnóstico de Delirium.

Se creará una base de datos en Excel en el que se registrará los casos de Delirium. Se incluirán variables epidemiológicas y clínicas. Mortalidad durante el ingreso, 1 mes y 6 meses. Los datos recogidos servirán para valorar las intervenciones realizadas en futuros cortes

INDICADORES

1. (Nº pacientes con screening mediante escala CAM/ Nº total de pacientes ingresados en el HSJ con sospecha de Delirium) X100 (Estándar: mayor al 50%)

2. (Nº pacientes/familiares que recibieron el tríptico informativo de delirium/ Nº total de pacientes ingresados en el HSJ) X100 (Estándar: Superior o igual al 60%)

3. (Nº pacientes con registro de diagnóstico de delirium en el informe de alta/ Nº total de pacientes con algún episodio de delirium registrado en la historia clínica, ingresados en el HSJ) X100 (Estándar: Superior o igual al 60%)

4. Nº de personal sanitario que asista a una sesión formativa de prevención del delirium/ Nº total de personal sanitario del HSJ) X100 (Estándar: Superior o igual al 60%)

DURACIÓN

Reuniones organizativas: Febrero, marzo, junio, septiembre 2019.

Creación de ficha y base de datos: Marzo 2019

Recogida de datos: Mayo a julio 2019

Creación de tríptico, protocolo y póster: Marzo y abril 2019

Sesiones formativas y talleres: Abril-Mayo y Septiembre-octubre 2019

Evaluación de los indicadores de calidad Diciembre: 2019

Redacción de los resultados: Enero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0440

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO MULTICOMPONENTE EN LA PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ELENA CASTRO VILELA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CSS SAN JOSE
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. GERIATRIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTERO CERCOS PURIFICACION
PONZ FLOR INMACULADA
SOLIS MAGDALENO ROSA ELVA
ALVAREZ GOMEZ ESTHER
VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT
SANCHEZ ORTIZ MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han realizado reuniones periódicas organizativas del equipo interdisciplinar, dividiendo el trabajo en subgrupos.
- Se ha dado de baja del proyecto inicial a tres miembros por no poder participar de las actividades y se ha incorporado a Esther Alvarez Gómez (Geriatra) y Miguel Sánchez Ortiz.
- Se realizó la recolección de datos durante los meses de Septiembre a Noviembre 2019.
- Se ha hecho efectiva la extensión de la aplicación de la estrategia de promoción de movilidad a todas las unidades del Hospital San José.
 - o Se identifica el nivel de movilidad en hoja de enfermería (Nivel A: deambulación con o sin ayuda, Nivel B: transferencias al sillón y Nivel C: encamados y que precisan de grúa para sedestación) y en cabecero se cama, mediante carteles con iconografía, para facilitar que todo el personal conozca el nivel de movilidad de los pacientes y se adapte los cuidados y promoción de movilidad a cada caso.
 - o Se facilita la movilidad de los pacientes, entregando la ayuda técnica que precisen (bastón, andador o silla de ruedas)
 - o Se realizan recomendaciones generales según cada nivel de movilidad, los que incluyen: caminar 3 o más veces al día (Habitación y pasillos), participar en su cuidado personal, usar el baño para el aseo, comer sentado en la silla (de preferencia en las áreas comunes) y recibir visitas sentado, estimular a familiares y visitantes a caminar con el paciente por la habitación y pasillos.
- Para la prescripción de ejercicio físico, se excluyeron los pacientes con demencia severa, en cuidados paliativos o con Índice de Barthel previo menor de 20.
- La prescripción de ejercicios multicomponente se basó en las recomendaciones del programa Vivifrail tras una valoración clínica realizada por los geriatras tratantes.
- Se crearon posters con gráficos indicando los tipos de ejercicios (basados en el programa Vivifrail), se imprimieron un total de 60 pósters y se colocaron en las habitaciones de hospitalización para facilitar su realización por parte de los pacientes.
- Se ha recibido el material para poder realizar los ejercicios multicomponente en las habitaciones de hospitalización: mancuernas, cintas elásticas, pelotas de goma, tobilleras, toallas. Este material es repartido por el profesional que prescribe la realización del ejercicio.
- Se realizaron sesiones breves, para el personal de cada planta de hospitalización, acerca de las medidas para prevenir el deterioro funcional en el hospital y el ejercicio multicomponente. También se incluyó una Sesión clínica hospitalaria con el tema específico de: Ejercicio físico en el anciano. Programa multicomponente.
- Taller para familiares y cuidadores: "Mantenerse activo durante la hospitalización".
- Al alta se realizaron recomendaciones y pautas para continuar con el programa de ejercicios multicomponente en domicilio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo de estudio, ingresaron 236 pacientes, de los cuales fueron incluidos 110.

- INDICADOR 1: Porcentaje de pacientes con Test de Velocidad de la marcha: 30% (33 pacientes). (Estándar: Superior al 60%)
- INDICADOR 2: Porcentaje de pacientes que recibieron instrucciones para realizar un programa de ejercicios multicomponente: 65% (71 pacientes). (Estándar: Superior al 60%)
- INDICADOR 3: Porcentaje de personal sanitario que asiste a una sesión formativa de programa de ejercicio multicomponente: 62% (32) (Estándar: Superior al 60%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Establecer un programa de ejercicios multicomponente para su realización durante la hospitalización, ha sido posible en nuestro hospital y además la participación tanto de personal sanitario, pacientes y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0440

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO MULTICOMPONENTE EN LA PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO

familiares ha sido favorable.

- La estrategia de promoción de la movilidad ha sido extendida a los diferentes servicios de nuestro hospital, de forma efectiva y con una recepción favorable por parte de los pacientes y familiares.
- En relación a la incorporación del test de la velocidad de la marcha, aunque se eligió un área específica en ambas plantas de hospitalización para realizar el Test, esta prueba no se ha podido realizar en la mayoría de los pacientes, por diferentes razones, en las que se incluye el perfil de paciente ingresados en nuestro hospital, con situaciones de inmovilidad completa o alteración de la marcha severa, con riesgo de caídas. La realización de este test es más fácil de realizar en la Unidad de Rehabilitación, así como en las consultas. En hospitalización se ve interferido por la situación clínica de cada paciente y la disponibilidad de tiempo del personal sanitario (al ser una actividad añadida).
- Respecto a la recogida de datos y llamada telefónica tras un mes del alta hospitalaria. Debido a que para poder realizar este tipo de seguimiento, el equipo debía presentar el proyecto al Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA), para su aprobación; finalmente se optó por no incluir un seguimiento. Nuestro grupo de trabajo se planteará más adelante esta posibilidad.
- Este grupo interdisciplinar de trabajo continuará realizando actividades en esta línea de investigación, con el fin de disminuir el deterioro funcional y por lo tanto el grado de dependencia de los ancianos, durante la hospitalización.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/440 ===== ***

Nº de registro: 0440

Título
ENTRENAMIENTO MULTICOMPONENTE EN LA PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO

Autores:
CASTRO VILELA MARIA ELENA, SOLIS MAGDALENO ROSA ELVA, VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT, MONTERO CERCOS PURIFICACION, PONZ FLOR INMA, ESTEBAN MONTALAR CARMEN, FANDOS SIERRA LAURA, DOÑATE BASELGA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NO ESTÁ DIRIGIDA A UNA PATOLOGÍA EN CONCRETO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los programas de ejercicio físico multicomponente y particularmente el entrenamiento de la fuerza, constituyen las intervenciones más eficaces para retrasar la discapacidad y otros eventos adversos. El grupo de trabajo interdisciplinar de Prevención de deterioro funcional, de nuestro hospital, propone incorporar un programa de entrenamiento multicomponente en los pacientes ingresados, con el fin de mantener un nivel de funcionalidad que supere el más alto grado de autonomía posible en cada caso.
El entrenamiento multicomponente se basará en el Programa de ejercicio físico multicomponente Vivifrail e incluye series de ejercicios de fuerza, cardiovascular, equilibrio y flexibilidad, todo esto adaptado a cada paciente, teniendo en cuenta las limitaciones que pueda tener el proceso agudo de la hospitalización.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un programa de entrenamiento multicomponente para pacientes ingresados.
Incorporar en la valoración de la capacidad funcional, el test de la velocidad de marcha en 6 metros.

MÉTODO
Reuniones periódicas organizativas del equipo interdisciplinar
En todos los pacientes, se registrará el nivel de movilidad y se incluirá el test de la velocidad de la marcha (VM) (en el momento de mayor estabilidad).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0440

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO MULTICOMPONENTE EN LA PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO

o El test de la VM examina la función física relacionada con el movimiento y consiste en medir el tiempo requerido para caminar 6 metros a la velocidad habitual de marcha. Es un marcador de fragilidad y predictor de caídas.

o Se adaptará en los pasillos de las plantas de hospitalización línea con la medida de 6 metros para poder realizar el Test de VM.

- Se excluirán los pacientes con demencia severa, en cuidados paliativos o con Índice de Barthel previo menor de 20.

- Se realizará una prescripción individualizada de ejercicios multicomponente utilizando la herramienta Vivifrail como modelo y adaptándolo a cada caso y con las herramientas que dispongamos en nuestro centro.

- Charlas para actualizar al personal sanitario de la importancia de promover la movilización temprana e información del programa de ejercicios multicomponente.

- Charlas para familiares y cuidadores: "Mantenerse activo durante la hospitalización"y Entrenamiento Multicomponente.

- Se promoverá la continencia, estimulando el acompañamiento a los pacientes al cuarto de baño cuando lo precisen y se evitará el uso de los pañales en pacientes continentales.

- Se reforzará en los casos que sea factible, el uso de pijamas (en lugar de camisión) y zapatillas cerradas para facilitar movilidad.

- Al alta se realizarán recomendaciones y pautas para continuar con el programa de ejercicios multicomponente.

- Se creará una base de datos en la que se registrarán variables clínicas y funcionales que permitan valorar las intervenciones realizadas.

Se recogerán los datos de pacientes incluidos en el estudio en un periodo de 3 meses. Tras 1 mes del alta hospitalaria, se realizará una llamada telefónica para valorar el grado de adherencia a las recomendaciones del programa de ejercicios multicomponente. Se solicitará la autorización del paciente (tutor o familiar) para formar parte de la base de datos y participar en el seguimiento.

INDICADORES

Indicador 1: N° de pacientes con Test de Velocidad de la marcha/ N° total de pacientes ingresados en el HSJ x 100.

Estándar: Superior o igual al 60%

Indicador 2: N° de pacientes que reciben instrucciones para realizar un programa de ejercicios multicomponente/ N° total de pacientes ingresados en el HSJ x 100. Estándar: Superior al 60%

Indicador 3: N° de personal sanitario que asista a una sesión formativa de programa de ejercicio multicomponente/ N° total de personal sanitario del HSJ x 100. Estándar: Superior o igual al 60%

DURACIÓN

Reuniones Organizativas: Febrero - Abril 2019

Creación de ficha y base de datos: Marzo 2019

Recogida de datos: Mayo-Julio 2019

Creación de programa de Ejercicios Multicomponente: Marzo-abril 2019

Creación de programa de ejercicios: Marzo-abril 2019

Sesiones formativas (personal sanitario). Talleres para familiares y cuidadores: Marzo a Mayo 2019

Evaluación de los indicadores de calidad: Noviembre-Diciembre 2019

Redacción de los resultados: 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 - 2019/0966

1. TÍTULO

CONSULTA DE ORTOGERIATRÍA: REVISIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA MERCEDES GONZALEZ EIZAGUIRRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROYO AGUSTIN MARIA
OQUENDO MARMANEU CARMEN
MATEO ABAD ANA
LINGE MARTIN MAGDALENA
FORCANO GARCIA MERCEDES
URGEL FERRER ALEJANDRO
ESPALLARGAS GARCIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el 1 de enero de 2019 a 30 de noviembre de 2019 han ingresado un total de 76 pacientes en la planta de Traumatología del Hospital Obispo Polanco con el diagnóstico codificado S72.011A, es decir proceso de fractura de cadera.

De los 76 pacientes, 75 de ellos presentaban una edad superior a 69 años por lo que eran subsidiarios de valoración y seguimiento por la Unidad de Valoración Sociosanitaria del Hospital San José. El 100% de los pacientes ingresados en el Hospital Obispo Polanco por proceso de fractura de cadera con una edad superior a 69 años fueron valorados al ingreso por la unidad y valoración sociosanitaria y en el 100% de los casos se realizó un seguimiento durante todo el ingreso hospitalario. En todos ellos se realizó una valoración geriátrica integral al ingreso, se les dio tratamiento activo previo a la intervención quirúrgica, se realizó un seguimiento diario del paciente durante su estancia hospitalaria, el total de los pacientes fue valorado para búsqueda activa de su lugar de rehabilitación al alta y todos ellos se fueron de alta con un informe común realizado por los Servicios de Traumatología, Geriátrica y Rehabilitación.

70 de los 75 pacientes (93,3%) fueron ingresados desde el Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco. 5 pacientes (6,6%) procedían del Hospital de Alcañiz, motivado su traslado por el hecho de no poseer U.C.I dicho Hospital y tratarse de pacientes de complejo manejo postquirúrgico.

Del total de pacientes valorados, 11 fueron trasladados al Hospital San José para comenzar un proceso de convalecencia con rehabilitación posterior durante el ingreso y al alta.

2 pacientes (2,6%) fallecieron durante su estancia en el Hospital Obispo Polanco en el Servicio de Traumatología y 2 pacientes más (2,6%) fallecieron cursando convalecencia en el Hospital San José de Teruel.

Tras el estudio del proceso de fractura de cadera, 1 (1,3%) sola de las fracturas resultó ser patológica por malignidad tumoral.

Según la localización de los pacientes en el momento de la fractura, 1 (1,3%) paciente vivía fuera de la Comunidad Autónoma de Aragón y fuera de la localización sanitaria del área de Teruel capital y 5 de ellos pertenecían al área sanitaria de Alcañiz.

Al realizar la evaluación por sexos, 19 pacientes resultaron ser hombres (25,3%) y 56 mujeres (74,6%). La estancia media hospitalaria fue de 5,64 días en el Hospital Obispo Polanco, siendo de dos días el mínimo tiempo de ingreso (sin resultado de éxitus ni traslado a otro hospital), y 8 días la estancia máxima hospitalaria en el Hospital Obispo Polanco (con alta a domicilio, sin resultado de éxitus ni traslado a otro hospital).

La clasificación según el mes en el que se produce el ingreso por el evento fractura de cadera es:

- Enero 7 pacientes
- Febrero 5 pacientes
- Marzo 5 pacientes
- Abril 12 pacientes
- Mayo 9 pacientes
- Junio 5 pacientes
- Julio 6 pacientes
- Agosto 7 pacientes
- Septiembre 8 pacientes
- Octubre 5 pacientes
- Noviembre 6 pacientes

De total de fracturas de cadera, éstas se pueden clasificar según la localización de la lesión en el fémur encontrando:

- 27 fracturas pertrocantéreas (36%)
- 15 fracturas subtrocantéricas (20%)
- 33 fracturas intracapsulares. (44%)

Del total de fracturas, 42 pertenecen a la extremidad inferior derecha (56%) y 33 a la extremidad inferior izquierda (44%)

De los 75 pacientes que inicialmente ingresaron por proceso de fractura de cadera, 4 de ellos fallecieron

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0966

1. TÍTULO

CONSULTA DE ORTOGERIATRÍA: REVISIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

antes del alta por lo que no recibieron cita para consulta de ortogeriatría. A los 5 pacientes que pertenecían al sector sanitario de Alcañiz se les ofreció la posibilidad de realizar revisión al mes con el equipo multidisciplinar pero por motivos geográficos declinaron la consulta.

Por tanto de los 66 pacientes que debían irse al alta con una cita para consulta de ortogeriatría, a 4 de ellos no se les citó al mes a consultas externas con geriatría y traumatología (6%) desconociéndose el motivo pero 3 de ellos tuvieron el ingreso hospitalario en el mes de septiembre (mes de periodo vacacional de la encargada del proyecto de calidad).

De los 62 pacientes citados, 7 no acudieron a la consulta de revisión al mes, 3 de ellos estaban ingresados en el momento de la consulta, otros 3 no contestaron al teléfono para poder interrogarles sobre el motivo y un paciente (natural de otra comunidad autónoma y con sistema sanitario fuera del aragonés) no se pudo localizar en Aragón

De los 55 pacientes que finalmente acudieron a consulta, al 100% se les realizó:

- Radiografía de cadera en posición antero-posterior y axial y observación posterior por ambos especialistas. Solo a uno de los pacientes por falta de colaboración, no pudo realizársele una radiografía axial, únicamente anteroposterior.

- Revisión de complicaciones postquirúrgicas tanto en herida como en extremidad inferior.
- Revisión de complicaciones médicas tras la cirugía.
- Refuerzo en la explicación de ejercicios para la rehabilitación de estos pacientes con implicación familiar.

- Registro personal de la evolución funcional de los pacientes
- Promoción y prevención de la salud.
- Se les dio cita para revisión por parte de traumatología a los 3 meses.
- Se les dio cita para revisión a los 6 meses de ortogeriatría con nueva realización de radiografía y analítica de control.

- En una paciente, se objetivó fractura de cadera contralateral en el momento de la consulta por caída 3 días antes en domicilio. Se derivó a Urgencias tras ser vista por geriatría y traumatología.

- Se atendió a una paciente que presentó fractura de húmero al caerse en la entrada del hospital, tanto por geriatría como por traumatología
- Encuesta de satisfacción.

A los 6 meses se les ha citado a revisión a todos pacientes que acudieron a la cita del primer mes (55 pacientes), pero todavía no se ha cumplido el espacio de tiempo para dar resultados ya que aquellos pacientes cuya fractura se ha realizado después de julio de 2019 todavía no han hecho 6 meses desde el inicio del proceso (32 pacientes) . De los 23 pacientes que sí que han cumplido 6 meses desde el proceso de fractura de cadera a todos ellos se les citó en la consulta (100%) y se les realizó radiografía de control. Solo un paciente decidió no ser citado al año del proceso de inicio de fractura de cadera por las complicaciones que le suponía a la familia desplazarlo y se acordó realizar los cambios de medicación oportunos y seguimiento por parte del médico de atención primaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con los datos obtenidos del párrafo anterior, se pueden deducir los siguientes indicadores:

INDICADOR 1

Fórmula $\% \text{ de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Traumatología y que en el informe de alta aparece su cita al mes de OrtoGeriatría} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes ingresados en la planta de traumatología con cirugía de cadera}$

Estándar: superior o igual al 80%

93,9 % de pacientes se van de alta con su cita para consulta de primer mes de ortogeriatría.

INDICADOR 2

Fórmula $\% \text{ de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Traumatología con tratamiento para la osteoporosis} / \text{Numero total de pacientes ingresados en la planta de traumatología con cirugía de cadera}$

Estándar: Superior o igual al 80%

5 pacientes de los 75 intervenidos, llevaban algún tipo de tratamiento para la osteoporosis previo a la intervención quirúrgica.

Al alta, 62 pacientes (87,32%) llevaban algún tratamiento evitar osteoporosis (calcio, vitamina D, antiresortivo u osteoformador) . Las causas por las que 9 pacientes no se fueron de alta con tratamiento antiosteoporótico fueron diversas, desde cambio hospitalario o de médico, efectos secundarios de la medicación, o negativa de la familia o paciente al tratamiento. En el total de altas no se cuentan los 4 pacientes fallecidos durante el ingreso por proceso de cadera.

INDICADOR 3

Fórmula $\% \text{ de pacientes que acuden a CCEE de ortogeriatría a los 6 meses (permaneciendo vivos)} / \text{Numero total de pacientes vivos a los 6 meses tras cirugía de cadera}$

Estándar: superior al 50%

100% de pacientes que acuden a consulta de ortogeriatría al mes, se van con cita de revisión a los 6 meses. Todavía no se puede calcular este indicador en el total de los pacientes ya que aquellos que ingresaron desde julio de 2019 (un total de 32) no han cumplido los 6 meses todavía tras el alta del proceso de fractura de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0966

1. TÍTULO

CONSULTA DE ORTOGERIATRÍA: REVISIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

cadera.
Del total de pacientes que tendrían que haber acudido a consulta de revisión de 6 meses (es decir los pacientes con proceso de cadera ocurrido entre enero y junio de 2019) es decir 23, acuden a consulta 20 de ellos es decir el 86,95%.

INDICADOR 4

Fórmula $\% \text{ de pacientes que acuden a CCEE de ortogeriatría al año (permaneciendo vivos) / Numero total de pacientes vivos al año tras cirugía de cadera}$
Estándar: superior al 50%

Todavía no se puede calcular este indicador ya que a día de hoy, solo los pacientes que presentaron el proceso de fractura de cadera en enero han cumplido el año desde su intervención.

Como dato objetivo, desde el 1 de enero de 2020 se han realizado 2 días de consultas de ortogeriatría en las que se ha visto a 4 pacientes que venían para revisión al año de fractura de cadera, siendo los 4 dados de alta de la consulta. Falta una consulta todavía en enero para completar los datos pero a día 23 de enero del total de pacientes que tenían que venir a la consulta al año (7 pacientes) han venido, es decir un 57,7%.

INDICADOR 5

Encuesta satisfacción por parte de los usuarios de los Servicios (puntuada de 1 a 10).
Se realizó una encuesta de satisfacción a todos los familiares y pacientes que acudieron a la primera consulta de ortogeriatría al mes (un total de 55 pacientes). Del total de pacientes, 3 de ellos acudieron solos o con cuidador privado de residencia presentando el paciente trastorno neurocognitivo mayor por lo que no se les administró el test.

De los 52 restantes las respuestas obtenidas fueron:

-Nota igual o superior a 9 cuando se les preguntaba acerca de la seguridad que sentían al ser vistos de manera continuada en la consulta de ortogeriatría

-Nota igual o superior a 9 en la cuestión de la comodidad/ facilidad que supone para los familiares acudir a un solo hospital a una hora determinada para hacer seguidamente una radiografía de control y una consulta con traumatología y geriatría.

- Nota igual o superior a 9 al ser interrogados acerca de el trato por parte del personal sanitario.

-Nota igual o superior a 9 al ser interrogados acerca de la comodidad al irse de alta de tener la cita con el día y la hora en el informe de alta

-Nota global 8,7

- Notas de los familiares para mejorar: Tener una indicación clara de donde se encuentra la consulta en el Hospital San José

INDICADOR 6

Encuesta de satisfacción realizada a los Servicios implicados.

Se realiza el día 15 de enero sesión general al Servicio de Traumatología para explicación de resultados del año 2019 y la implementación de protocolo de vía clínica para proceso de cadera realizando una pequeña encuesta entre todos los facultativos (7 adjuntos y 4 residentes) obteniendo buenos resultados, con altas puntuaciones en las preguntas referentes al seguimiento de los pacientes, el tratamiento de las complicaciones, la posibilidad de ver pacientes de manera conjunta y el trabajo multidisciplinar con una nota por encima de 9 y con objetivos a mejorar con una nota de 7,5 la realización más sencilla de un informe común y la necesidad de la creación del nuevo protocolo para que se pueda seguir la vía clínica por parte de cualquier especialista.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La fractura de cadera es un proceso prevalente en la población anciana en el que es necesario realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado y coordinado entre traumatólogos, rehabilitadores, geriatras y especialistas en Atención Primaria.

Las consecuencias de la fractura de cadera son importantes. La mortalidad de los pacientes con esta patología es elevada, a pesar de haberse reducido con el avance de técnicas quirúrgicas (8%-10% en la hospitalización y hasta el 20% al año de la fractura). La morbilidad es igualmente alta, afectando principalmente a la dependencia posterior de otras personas. Todo ello repercute en el coste sanitario que se eleva.

Al ingreso es importante la estabilización del paciente y la evaluación cuidadosa del riesgo quirúrgico. Debe influir en esta evaluación el estado funcional, físico, cognitivo y nutricional previo del paciente. Para ello, la valoración geriátrica es vital en este aspecto.

Se ha demostrado que la colaboración del traumatólogo con el geriatra y el médico de familia en pacientes ancianos con fractura de cadera disminuye la mortalidad, aumenta la tasa de intervenciones, la frecuencia de detección de problemas tratables y aumenta el grado de independencia, lo que significa que los cuidados mínimos y ambulatorios tienen gran importancia y repercusión positiva en este tipo de enfermos.

La mortalidad en el primer año después del alta puede alcanzar un 20%, siendo máxima en los primeros cuatro meses. Por tanto es imprescindible que desde el momento del alta se realice un seguimiento estricto del paciente para intentar evitar o prevenir las posibles complicaciones. Ha de estar vigilante para detectar rápidamente las complicaciones médicas y sociales, ya que sólo la detección precoz y el tratamiento inmediato pueden detener el progreso de las mismas.

La causa más frecuente de muerte tras el alta hospitalaria es la descompensación de enfermedades concurrentes de tipo crónico en lo que se conoce como la cascada de síndromes geriátricos. Debe, por tanto, extremarse su cuidado y realizar los ajustes oportunos y necesarios en el tratamiento de las mismas.

Las complicaciones sociales son muy numerosas. Tras el alta, el paciente necesita mayor atención de la habitual, y eso puede crear una dependencia permanente. El papel del médico es dialogar, educar para ir ajustando las medidas y la actuación a la capacidad real o procurar asistencia y ayuda adecuada. No debe

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0966

1. TÍTULO

CONSULTA DE ORTOGERIATRÍA: REVISIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

olvidarse que aquel que ha sufrido una fractura sigue teniendo los factores de riesgo previos, y que también después de sufrir dicha patología es objeto de la labor preventiva señalada anteriormente. La rehabilitación tras el alta hospitalaria sigue siendo un factor primordial para que el paciente consiga la mayor calidad de vida posible. Existen ciertas instrucciones que el enfermo habrá de tener en cuenta y deberá conocer, facilitándosele su médico, incluso de forma escrita si así lo cree conveniente. El proyecto de calidad que se inició en el año 2019 y en el que participan especialistas de distintas unidades médicas y quirúrgicas es un reto a medio y largo plazo en el que se pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes intervenidos por un proceso de fractura de cadera e intentar evitar las posibles complicaciones que pueden acaecer durante el primer año, disminuyendo así la morbimortalidad de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

Se pretende continuar el proyecto durante un año más para ver los resultados de los indicadores que aún no se encuentran disponibles por tiempo cronológico y además se quiere añadir un nuevo proyecto de calidad en concordancia con el mismo acerca de la creación de un protocolo para la vía de fractura de cadera en el Hospital Obispo Polanco y en el Hospital San José de Teruel.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/966 ===== ***

Nº de registro: 0966

Título
CONSULTA DE ORTOGERIATRÍA: REVISIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

Autores:
GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES, VIAL ESCOLANO RAQUEL., MAGDALENA LINGE MARTIN, OQUENDO MARMANEU CARMEN, FORCANO GARCIA MERCEDES, ROYO AGUSTIN MARIA, MATEO ABAD ANA, MIGUEL ORTEGA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
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
La unidad funcional interdisciplinar de ámbito hospitalario que se encarga de identificar a los individuos frágiles y/o situación de riesgo de dependencia funcional, de valorar sus necesidades sanitarias y sociales de forma integral y de indicar y tramitar el recurso asistencial más adecuado para cada caso en nuestra Comunidad recibe el nombre de Unidad de Valoración Sociosanitaria (UVSS) y constituye un recurso transversal dentro del Sistema de Salud que presta su colaboración a los profesionales de todos los niveles asistenciales, siendo responsable de la valoración integral y gestión intrahospitalaria de la población diana y de facilitar la coordinación y continuación de los cuidados de esta población una vez dada de alta.

Los cuidadores de pacientes intervenidos de cirugía de cadera y rodilla la mayor parte de las veces desconocen cómo movilizar y ayudar en la rehabilitación de sus familiares. Dicha circunstancia complica la evolución de estos pacientes y es causa de estancias prolongadas hospitalarias.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Mejorar la atención del proceso de cadera realizando un seguimiento por parte de Traumatólogos y geriatras en consultas externas de Orto geriatria al mes de la intervención de fractura de cadera, a los 3 meses, a los 6 y al año.
• Objetivos secundarios:
o Reducir la tasa de complicaciones derivadas de la inmovilización mediante la explicación de ejercicios domiciliarios y la valoración funcional en el tiempo de un año.
o Aumentar la implicación de los familiares y de los médicos en el proceso de fractura de cadera.
o Realizar una prevención primaria y secundaria de los posibles síndrome geriátricos que acaecerán en estos pacientes
o Realizar un seguimiento personal en el proceso de recuperación funcional de fractura de cadera
o Facilitar la comunicación y agilizar el proceso activo entre médicos de distintas especialidades y el paciente y su familia.
o Valorar de manera conjunta la globalidad del paciente y sus patologías por ambos servicios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0966

1. TÍTULO

CONSULTA DE ORTOGERIATRÍA: REVISIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

MÉTODO

Valoración por parte de la UVSS (compuesta por geriatras y enfermera de geriatría)

al paciente ingresado por presentar fractura de cadera:

1. Valoración geriátrica integral al ingreso del paciente
 2. Tratamiento activo previo a la intervención quirúrgica
 3. Seguimiento diario del paciente durante su estancia hospitalaria
 4. Búsqueda activa de su lugar de rehabilitación al alta
 5. Valoración de síndromes geriátricos
 6. Implicación de los profesionales en la educación de pacientes/familiares, aumentando la estimulación en el ámbito laboral en beneficio de los pacientes.
 7. Promoción de la salud conforme a criterios Lalonde consensuado con los médicos de los diferentes servicios adheridos al programa: Traumatología, Rehabilitación y Geriatría.
- Realizar una revisión durante el primer mes tras fractura de cadera :
1. Realización de radiografía de cadera en posición antero-posterior y axial y observación posterior por ambos especialistas
 2. Realización de analítica previa si fuera necesaria para control de anemia postquirúrgica
 3. Revisión de complicaciones postquirúrgicas tanto en herida como en extremidad
 4. Revisión de complicaciones médicas tras la cirugía
- Realización a los 3 meses del paciente intervenido de fractura de cadera por parte de Traumatología:
1. Nueva radiografía de cadera para valorar consolidación de la herida quirúrgica
 2. Rellenar los datos para el registro nacional de fractura de cadera
 3. Valoración complicaciones postquirúrgicas
- Revisión a los 6 meses y al año por parte de los servicios de Traumatología y Geriatría para reevaluación del paciente:
4. Estudio, seguimiento y tratamiento de factores de riesgo implicados en el proceso de fractura de cadera como osteoporosis, desnutrición calórico-proteica y sedentarismo

INDICADORES

Fórmula % de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Traumatología y que en el informe de alta aparece su cita al mes de Orto geriatria

Nº total de pacientes ingresados en la planta de traumatología con cirugía de cadera

Estándar: superior o igual al 80%

INDICADOR 2

Fórmula % de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Traumatología con tratamiento para la osteoporosis

Numero total de pacientes ingresados en la planta de Trauma con cirugía de cadera

Estándar: Superior o igual al 80%

INDICADOR 3

Fórmula % de pacientes que acuden a CCEE de ortogeriatría a los 6 meses (permaneciendo vivos)

Numero total de pacientes vivos a los 6 meses tras cirugía de cadera

Estándar: superior al 50%

INDICADOR 4

Fórmula % de pacientes que acuden a CCEE de ortogeriatría al año (permaneciendo vivos)

Numero total de pacientes vivos al año tras cirugía de cadera

Estándar: superior al 50%

DURACIÓN

Reuniones organizativas, Organización de citas, Realización de la consulta mes a mes, Explicación de ejercicios con entrega de tríptico, Valoración geriátrica integral, Comunicación con Servicios de Rehabilitación y Atención

Primaria, Recogida de datos para realización de indicadores, Redacción de los resultados: 1 año a tiempo completo cada uno de ellos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1320

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPCM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE MARIA SOLEDAD ABAD FERRANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

REMÓN BUJ MARIA TERESA
MANSILLA ARRAZOLA MARIA JESUS
CASAS JIMENEZ YARA
ALVAREZ GONZALEZ LAURA
CLAVERIA ORTEGA ROSA MARIA
YANEZ PEREIRA MANUEL
PUYUELO AVENTIN MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama, tiene medias indirectas de satisfacción muy positivas, la propia adherencia al Programa, de las usuarias (mejora fundamentalmente de la accesibilidad), de los profesionales sanitarios, felicitaciones verbales y por carta, se pretende en 2019 medir de la forma lo más objetiva posible esta satisfacción de las usuarias, y así poder detectar áreas de mejora preguntando directamente a la mujer, mediante una encuesta de satisfacción única para las tres provincias
Febrero-marzo, Las responsables del Programa, previo al diseño de la encuesta de satisfacción, realizan consultas y búsquedas bibliográficas de encuestas realizadas en los programas de cribado mamográfico.
Abril, diseño y puesta en común de un borrador de encuesta de satisfacción para la Comunidad Autónoma, por parte de las responsables de coordinación de las tres provincias.
En mayo se realiza una reunión en Unidad Fija de Zaragoza, previa al inicio del proceso, de las responsables del programa de las tres provincias, para consensuar criterios, confirmar el diseño de un formato único, y metodología Se concreta que se invitará a la mujer que acuda a hacerse mamografía a la Unidad Móvil a que rellene una encuesta anónima y voluntaria, que se depositará en una urna de cartón precintada instalada fuera del habitáculo de trabajo. consta de 8 preguntas cerradas a contestar con cruces y una abierta para poder detectar áreas de mejora no exploradas.
En junio, se realiza una reunión de equipo de trabajo en cada una de las tres provincias, asistiendo auxiliares administrativos, Técnicos de radiodiagnóstico, y médico responsable del programa, para explicar metodología de la encuesta y aportar sugerencias. Se acuerda, dado las vacaciones de julio y agosto, comenzar en septiembre.
En septiembre En septiembre 2019 se diseña una urna, elaborada con una caja de cartón precintada, y un cartel invitando a participar a las usuarias con el lema: "Ayúdanos a mejorar, tu opinión nos interesa, cumplimenta la encuesta" gracias por colaborar. Participan Técnicos auxiliares y responsable del programa.
Cuarto trimestre inicio y desarrollo del trabajo de campo en Unidad móvil de cribado mamográfico
Diciembre: recogida del buzón de las encuestas (Técnicos en radiodiagnóstico), introducir registros en Excel XP para explorar los datos de la encuesta (auxiliar administrativa), y evaluación final por parte de la responsable del programa.
Enero de 2020, está previsto reunión de las responsables de las tres provincias, para valoración final y resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En Teruel se han realizado 176 encuestas durante el mes de noviembre de 2019 en la Unidad Móvil de cribado mamográfico instalada en la zona de salud de Maella y Caspe.
La Participación sucesiva regular en el Programa es de 96 %
ACCESIBILIDAD: % Satisfacción con la información que se proporciona:
El contenido de la carta pareció claro y comprensible: 97 %.
En caso de contactar por teléfono: el 83% de las llamadas se contestaron a la primera, 15 % tuvo que intentar alguna vez, y 2 % no pudo contactar
El correo electrónico: lo utilizan 5 % Y opinan que se contestó rápidamente
RESPECTO Y CUIDADO DEL PACIENTE: % de las mujeres que están satisfechas con el trato recibido:
99 % con mucha amabilidad o correcto, 81 % mucha amabilidad, y el 19 % correcto
CONFORTABILIDAD: % de mujeres que valoran positivamente, sobre todo en sala de espera
El 41 % muy cómodo
el 56 % bastante cómodo, 3 % poco cómodo
DEMORA RESULTADOS
83 % de mujeres les parece adecuado el tiempo que tardan en recibir los resultados
15% corto, 2% largo
VALORACIÓN GLOBAL DEL PROGRAMA: % global de grado de satisfacción del Programa
Satisfechas o muy satisfechas el 96 %, el 63 % muy satisfechas, y 37 % satisfechas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Alta satisfacción global del programa. Las mujeres valoran positivamente el trato recibido con amabilidad del personal técnico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1320

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPCM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION

-La mujer contacta con el programa, en la mayor parte de los casos por teléfono y se contesta la llamada a la primera en la mayor parte de los casos. Solo el 5% utilizan el correo electrónico Y la valoración es que se contestó rápidamente.

-Mejorar la confortabilidad de la sala de espera, ya que el tamaño del habitáculo es reducido.

- El tiempo de demora de resultados es valorado globalmente como favorable, pero es de interés explorar los tiempos del proceso completo de resultados

Oportunidad de mejoras
Utilizar la sala de espera de los centros de salud o locales cedidos por el ayuntamiento, según donde se instale la Unidad Móvil, y evitar el retraso y acumulo de mujeres citadas en la Unidad.

-Explorar y medir la percepción de los distintos tiempos de demora del proceso completo de resultados, la espera desde la mamografía a pruebas complementarias y resultado final, normal, o hospital.

La información de la encuesta de satisfacción nos es muy valiosa para mejorar los procesos de atención. Revela áreas de oportunidad, potencia los aciertos, puede agregar características, necesidades y preferencias. También favorece la fidelización, saben que escuchas y que importa mejorar. Las situaciones difíciles aportan a veces oportunidades de mejora; la innovación en la gestión no siempre requiere de medidas espectaculares, tenemos que aprender con qué medios a nuestro entorno podemos contar

7. OBSERVACIONES.

En la pregunta abierta se recogieron sugerencias que no pueden ser tenidas en cuenta porque son de carácter técnico y no competen a la población. No se recogieron sugerencias de mejora.

-Prolongar la edad del Programa a mujeres > 70 años: 23/176

-Realizar mamografía en cada localidad: 2/176

-Tener en cuenta antecedentes familiares: 1/176

-Realizar mamografías anuales: 8/176

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1320 ===== ***

Nº de registro: 1320

Título
MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPCM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION

Autores:
ABAD FERRANDEZ MARIA SOLEDAD, REMON BUJ MARIA TERESA, MANSILLA ARRAZOLA MARIA JESUS, CASAS JIMENEZ YARA, ALVAREZ GONZALEZ LAURA, CLAVERIA ORTEGA ROSA MARIA, YANEZ PEREIRA MANUELA, PUYUELO AVENTIN MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención Precoz Cáncer Mama
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Satisfacción de la usuaria

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Programa de detección precoz de cáncer de mama en Aragón comenzó a finales de 1996 y se extendió de forma progresiva a toda la Comunidad Autónoma hasta alcanzar una cobertura total en 1999. Su misión se basa en detectar precozmente el cáncer de mama para lograr una mayor supervivencia y una mejor calidad de vida en mujeres de la población diana (50 a 69 años residentes en Aragón).

El Programa dispone de dos Unidades fijas (Zaragoza - Huesca) y tres unidades móviles (Zaragoza-Huesca- Teruel) provistas de mamógrafo que se desplazan a todas las cabeceras de Zona de Salud de Aragón que mejoran la accesibilidad de las usuarias al Programa de forma fundamental, siendo este uno de los motivos que contribuyen a una valoración muy positiva por parte de usuarias, profesionales sanitarios y también por la población general. Se tienen medidas indirectas de esta satisfacción a lo largo del tiempo: la propia adherencia al programa, comentarios de prensa, felicitaciones verbales y telefónicas... Pero también se han recogido sugerencias y reclamaciones que, aunque escasas, son la demostración objetiva de que es necesario mejorar en algunos aspectos como en la accesibilidad telefónica, pero sobre todo en el trato a la usuaria y en la información que se le proporciona.

Se pretende en 2019 medir de forma lo más objetiva posible esa satisfacción de las usuarias y detectar áreas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1320

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION A LA USUARIA PROGRAMA DETECCION PRECOZ CANCER MAMA (PDPCM) MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCION

de mejora preguntando directamente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Medir la satisfacción de la usuaria del PDPCM:
- o Con la información que se le proporciona
- o Con el trato personal que recibe (amabilidad, educación, cortesía)
- o Con la espera para realizar la prueba
- o Con la confortabilidad de las instalaciones
- o Con los plazos de demora de resultados
- Detectar áreas de mejora de forma objetiva

MÉTODO

Se va a diseñar una encuesta, corta, visual, anónima. Preguntando por los aspectos que se pretende testar, valorando hacerlo a través de una escala Likert o algún sistema de la misma sencillez. Se entregará la encuesta a la usuaria cuando acuda a realizarse la mamografía, dándole la oportunidad de depositarla en una urna o buzón colocado fuera del recinto para facilitar el anonimato y dar mayor libertad de respuesta a la señora.

La encuesta terminará con una pregunta abierta, general para poder detectar mejoras en áreas no exploradas directamente.

Análisis estadístico de las encuestas recogidas

INDICADORES

- % participación sucesiva regular (separada por provincias) > 85%
- % satisfacción con la información que se proporciona >90%
- % mujeres satisfechas con el trato >95%
- % mujeres satisfechas con la espera >90%
- % mujeres que valoran positivamente la confortabilidad de las instalaciones (Unidad móvil>80%; Unidad fija >90%)
- % mujeres satisfechas con la demora en recibir resultados >80%

DURACIÓN

1º y 2º trimestre: Diseño de la Encuesta

Mayo / Noviembre: se invitará a todas las participantes en el Programa a responder la encuesta

Diciembre: análisis estadístico de las encuestas, identificación de áreas de mejora y planificar actividades para la mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0475

1. TÍTULO

CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON

Fecha de entrada: 02/08/2016

2. RESPONSABLE ALMUDENA MARTINEZ SOTO
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CSS SAN JUAN DE DIOS
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR
LOPEZ GARCIA ROCIO
SALAS VALERO MONTSERRAT
ORTEGA VALDIVIESO AZUCENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Noviembre 2.014:

* Elaboración por parte de Montserrat Salas de un documento sobre fuentes de información de TO.
* Remisión del documento a los terapeutas ocupacionales.
* Propuesta de colaboración por parte de Montserrat Salas a los TO del Salud para seleccionar los recursos más relevantes.

- Diciembre 2.014- Enero 2.015:

* Búsqueda y selección de un especialista en el tema.
* Solicitud de colaboración para elaborar el informe.
* Elaboración del informe por parte del especialista.

- Febrero 2.015: Publicación del informe del especialista en el siguiente enlace:

<http://hdl.handle.net/10481/35348>

- Abril 2.015:

* Envío del informe publicado a los terapeutas ocupacionales del Salud.
* Estudio del informe de Azucena Ortega y el documento de Montserrat Salas por parte de los terapeutas ocupacionales.
* Envío de las conclusiones del estudio de la documentación a Montserrat Salas para que gestione la información.

- Junio- Diciembre 2.015:

* Estudio por parte Montserrat Salas de la viabilidad de la propuesta y realización de las gestiones oportunas para contratación de servicios específicos.
* Creación el apartado de TO en la biblioteca virtual por el equipo webmaster-documentalista del IACS. Ver el siguiente enlace:
<http://www.iacs.aragon.es/awgc/inicio.estaticas.do?app=/centro-recursos/biblioteca-virtual/recursos&file=terapia-ocupacional.html>

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los tres indicadores se monitorizan con: SI/ NO

1. Elaboración de un informe sobre recursos específicos de Terapia Ocupacional por un profesional especialista en el tema. SI
2. Reuniones de los terapeutas ocupacionales para consensuar la información sobre el especialista y los recursos de Terapia Ocupacional. SI
3. Creación en la página de la biblioteca virtual de ciencias de la salud de Aragón de un apartado específico de Terapia Ocupacional con los recursos que se consideren más oportunos. SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/475 ===== ***

Nº de Registro: 0475

Título
CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0475

1. TÍTULO

CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON

Autores:

MARTINEZ SOTO ALMUDENA, ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR, LOPEZ GARCIA ROCIO, SALAS VALERO MONSERRAT, ORTEGA VALDIVIESO MARIA AZUCENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP SAN JUAN DE DIOS

PROBLEMA

Los terapeutas ocupacionales (to) de nuestra CCAA no tienen acceso a las últimas evidencias científicas en su ámbito de trabajo, y se ve necesario empezar a agrupar las mejores fuentes de información en este campo con el fin de mejorar su trabajo diario, aprovechando la infraestructura que ofrece el IACS dentro de la biblioteca virtual de ciencias de la salud de Aragón (bv). Actualmente, el to, en su labor diaria de contacto con los pacientes, presenta lagunas del conocimiento a las cuales debe dar respuesta, y se enfrenta a abundante y abrumadora información científica. Paralelamente, el auge la práctica basada en la evidencia, que se refiere a "la actualización consciente, juiciosa y explícita de las mejores evidencias científicas disponibles en la toma de decisiones sobre el cuidado sanitario individual de los pacientes", hace que el to deba tener a su alcance las mejores evidencias. Las variaciones injustificadas de la práctica clínica implican en la mayoría de las ocasiones infrutilización de cuidados efectivos, sobreutilización de cuidados inefectivos e ineficientes y acceso desigual a cuidados necesarios a la población, por lo que la posibilidad de tener la mejor evidencia hará posible mayor equidad y una mejor asistencia sanitaria.

En 2011 se publicó un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad de Harvard, que confirmaron que uso de una herramienta de síntesis de la evidencia durante un período de tres años se asoció con una mejor calidad de la atención a los pacientes, estancias más cortas (372.500 días de hospital al año) y unas tasas de mortalidad más bajas (ahorro de 11.500 vidas por período de tres años).

La oportunidad de mejora se detectó durante la realización de un curso del Salud. En los contenidos relacionados con el uso de las fuentes de información biomédicas se le consulta a la docente, la coordinadora de la biblioteca virtual (cbv), sobre fuentes de información específicas de Terapia Ocupacional (TO). La docente, ante la inexistencia de esas fuentes en la actual bv, se comprometió a informarse. A la finalización del curso y en un corto espacio de tiempo nos remitió vía email un listado de bases de datos y/o buscadores sobre TO. En el mismo email nos propuso crear un apartado específico para TO con ellos en la Web de la bv. Para ello nos emplazó a los to a hacer una selección y comunicarle de los recursos de información que consideráramos mejores y más accesibles para los to.

Isaac, T., Zheng, J. and Jha, A. (2012), Use of UpToDate and outcomes in US hospitals. J. Hosp. Med., 7: 85-90. doi: 10.1002/jhm.944.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

- Detección y selección de recursos informativos de TO.
- Creación de un apartado de recursos informativos para los to en la bv.

MÉTODO

- Localizar un especialista que asesore en la identificación de diferentes tipos de recursos y la utilidad de los mismos; y que sugiera los recursos de más relevantes y utilizados en TO. Responsable: Almudena. El procedimiento consistirá en buscar a través de diferentes organismos e instituciones a un profesional especialista: universidad, colegio profesional...
- Reunión de los to: Rocío, Pilar y Almudena para estudiar la información recopilada.
- Contactar con el especialista, Azucena, y solicitar su colaboración.
- Elaboración de un informe por parte del especialista.
- Reunión de los to para consensuar la información aportada por el especialista y la cbv y selección de los recursos más útiles para los to del Salud.
- Envío por email de las conclusiones de la reunión a la cbv sobre los recursos más útiles de TO. Responsable: Almudena.
- Estudio por parte de la cbv de la viabilidad de la propuesta y realización de gestiones para la contratación de los servicios.
- Creación del apartado específico de TO en la bv y colgar los recursos seleccionados por el equipo webmaster-documentalista del IACS.

INDICADORES

Los tres indicadores se monitorizarán con: SI/ NO

- Elaboración de un informe sobre recursos específicos de TO por un especialista.
- Reuniones de los to para consensuar la información sobre el especialista y los recursos de TO.
- Creación en la página de la bv de un apartado de TO con los recursos más oportunos.

DURACIÓN

-Nov 2.014: Inicio

Elaboración por parte de la cbv de un documento sobre fuentes de información de TO.

Remisión del documento a los to.

Propuesta de colaboración por parte de la cbv a los to.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0475

1. TÍTULO

CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON

- Dic 2.014- Ene 2.015:

Búsqueda y selección del especialista.
Solicitud de colaboración.
Elaboración del informe del especialista.

- Feb 2.015:

Publicación del informe del especialista en: <http://hdl.handle.net/10481/35348>

- Abr 2.015:

Envío del informe publicado a los to.
Estudio del informe de Azucena y el documento de la cbv por parte de los to.
Envío de las conclusiones del estudio de los to a la cbv.

- Jun- Dic 2.015: Finalización.

Estudio por parte de la cbv de la propuesta y realización de las gestiones para contratación de servicios.
Creación del apartado de TO en la bv a partir de jun- jul por el equipo webmaster-documentalista del IACS.

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 - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Fecha de entrada: 05/04/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MUÑOZ PAMPLONA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROJAS HIJAZO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La urticaria crónica se caracteriza por episodios recurrentes de lesiones eritematosas-habonosas pruriginosas, evanescentes y con una duración de al menos 6 semanas en que los episodios ocurren diariamente o están presentes con una frecuencia mayor de dos veces/semana. Frecuentemente se asocia a angioedema que se produce cuando afecta a la dermis profunda y al tejido celular subcutáneo, y comparte con la urticaria los mismos mecanismos fisiopatológicos

No se conoce la incidencia real de la urticaria crónica en nuestro medio. En el estudio Alergológica la prevalencia en la población española fue del 0,65% siendo más frecuente en adultos.

El origen de esta enfermedad se desconoce. Un 80% de pacientes queda sin diagnóstico etiológico, siendo clasificadas como urticaria crónica idiopática.

La asociación con síntomas sistémicos es excepcional. Siendo el prurito lo que más repercute en la vida del paciente. Se ha demostrado mediante estudios de calidad de vida que el impacto de esta enfermedad es muy importante. Afecta al sueño, produce astenia y dificulta las relaciones laborales, familiares y sociales. Los pacientes afectados de urticaria perciben una calidad de vida peor que el 75% de los españoles para la misma edad y sexo y un a calidad de vida psíquica inferior a las del 80% de los españoles de sus mismas características. La puntuación de la calidad de vida de la esfera mental es la más baja de todas las enfermedades alérgicas.

Por todo ello en el estudio de urticaria crónica se tiende a pensar que es la manifestación cutánea de alguna alteración sistémica importante, por lo que a los pacientes se les somete a numerosas exploraciones complementarias.

URTICARIA CRÓNICA Y AUTOINMUNIDAD:

Desde hace años se estudia la posibilidad de que un grupo de pacientes con urticaria crónica tengan un componente autoinmune de base, los datos que llevan a esa posibilidad son:

En 1946 Malmros realizó el primer autotest, demostrando que con el suero del paciente con urticaria crónica se producía en la piel una reacción similar a la producida por alérgenos.

En 1983 Leznoff y colaboradores, detectaron en pacientes con urticaria crónica una alta incidencia de tiroiditis de hashimoto, muchos de ellos con anticuerpos antiperoxidas y antitiroglobulina a pesar de ser eutiroides.

En 1993 el equipo de Greaves demostró que existía una inmunoglobulina que actuaba contra el receptor de Ig E, era un autoanticuerpo anti-Ig E.

Actualmente se sabe que el 30-40% de los pacientes con urticaria presentan un anticuerpo Ig G contra la cadena alfa del receptor de Ig E y que un 5-10% poseen un anticuerpo anti-IgE y un porcentaje desconocido podría tener ambos anticuerpos.

Aunque no existen métodos diagnósticos estandarizados para detectar si un paciente pertenece al grupo de urticaria autoinmune, a nivel práctico podemos señalar varios medios indirectos que nos indican que el tipo de urticaria puede ser autoinmune:

- Realización del test autólogo
- Los pacientes con urticaria crónica de tipo autoinmune pueden presentar basopenia
- La presencia de anticuerpos anti-tiroideos positivos.
- En general, el grupo de pacientes con autoinmunidad suelen presentar urticarias crónicas más severas, de larga evolución y corticodependientes.

En los últimos diez años se ha demostrado que en un 50% de pacientes con urticaria crónica idiopática parece tener un origen autoinmune.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo del estudio fue realizar un estudio transversal retrospectivo de 50 casos de urticaria crónica determinando la prevalencia en cuanto a edad, sexo, tiempo de la urticaria, antecedentes personales y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Pruebas cutáneas a anisakis

Prueba intradermo con suero autólogo:

Analítica

Leucocitos: PMN: Linfocitos: Eosinófilos:

VSG:

Bioquímica:

Estudio de Complemento: C3: C4: Clq: C1 inhib:

Inmunoglobulinas:

IgE específica a: Ascaris
Equinococo
Anisakis

HH tiroideas: T3 T4 TSH

Ac antitiroideos:

Estudio microbiológico: Hepatitis B
Hepatitis C
Hidatidosis

Parásitos en Heces (3 muestras)

Rx torax

Rx senos paranasales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS

SEXO:

HOMBRE 16
MUJER 34

Se observó una mayor prevalencia del sexo femenino en los casos estudiados, con un 68% (34 casos) frente a un 32% de sexo masculino (16 casos).

EDAD:

MÁXIMA 76
MÍNIMA 18
MEDIA 47.02
MEDIANA 46

Los pacientes de ambos sexos, mostraron un rango de edad que osciló entre 18 y 76 años, siendo la media de edad de 47,02 años y la mediana 46.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ATOPIA:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

SI 13
NO 37

Del total de 50 pacientes, el 26% presentaban antecedentes familiares de atopia.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE URTIARIA-ANGIOEDEMA

SI 1
NO 49

Sólo uno de los pacientes presentaba antecedentes familiares de urticaria (2%).

AÑOS DE EVOLUCIÓN:

MÍNIMO 2 meses
MÁXIMO 37 años
MEDIA 69,8 meses. Más de la mitad (27) les duró menos de dos años

El tiempo de la urticaria varió desde 2 meses hasta 37 años de evolución. Con una media de 69,8 meses y una mediana de 21 meses.

A más de la mitad (27 casos), le duró menos de dos años.

ANGIOEDEMA ASOCIADO:

SI 18
NO 32

La urticaria se asoció a angioedema en 18 de los casos, que se corresponde con una frecuencia del 36%.

ASOCIACION CON URTICARIAS FÍSICAS:

PRESIÓN 9
CALOR 3
COLINERGICA 0
EJERCICIO 0
DERMOGRAFISMO 15
FRIO 1
SOL 1

Dentro de la asociación con urticarias físicas destaca la presencia de Dermografismo en 15 de los casos (30%), seguido de la urticaria por presión (18%) y por calor (6%).

FACTORES PRECIPITANTES:

ALIMENTOS-ADITIVOS 3 (1 PESCADO-2 MARISCO)
BEBIDAS ALCOHOLICAS 1
AEROALERGENOS 3 (2 POLEN -1 PERRO)
FÁRMACOS 13 (10 AINES, 1 CIPRO, 1 PENICILINA Y 1 DESCONOCIDO)
INFECCIONES 8
FACTORES PSICOLOGICOS 13
PICADURAS MOSQUITO 1
PREMENSTRUAL 2

Los factores agravantes fueron muy variados, siendo relevantes que el 26% de los pacientes referían empeorar sus factores psicológicos, principalmente con el stress y un mismo porcentaje (26%) presentaba brotes en relación con fármacos en su mayoría AINES (Antinflamatorios no esteroideos).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Le sigue en frecuencia las infecciones con 16% y los aeroalérgenos y alimentos con un 6%.
De forma anecdótica empeoran con bebidas alcohólicas, picaduras de mosquitos o con el síndrome premenstrual.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS:

DIABETES	3
TIROIDEA	3 (GRAVES BASEDOW 1; AC + 2)
ARTRITIS	4 (ESPONILITIS PSORIASICA, 3 ARTRALGIAS, 1 CON PCR Y VSG ALTO)
ANTICOAGULANTE LÚPICO +	1
VITÍLIGO	1
ALOPECIA	1

Un total de catorce enfermedades autoinmunes, en 11 pacientes eran referidas como antecedentes personales, de las cuales 10 (en 9 pacientes) se correspondieron con un test del suero positivo
Referían diagnóstico previo de patología reumática en el 8% de los casos y de diabetes o patología tiroidea en el 6%.
Vitíligo, alopecia o anticoagulante lúpico positivo eran padecidos por sólo un paciente cada uno de ellos.

ESTUDIO ALERGOLÓGICO

P.C. INHALANTES	21
P.C. ALIMENTOS	2 (UNO MARISCO Y OTRO FRUTAS)
P.C. LÁTEX	0
P.C. ANISAKIS	3

Se realizaron pruebas cutáneas en prick con panel de aeroalérgenos (Dermatophagoides pteronyssinus y farinae, alternaria alternata, epitelios de perro y gato, polen de gramíneas, olivo, ciprés, platanero, Artemisa, plántago, chenopodiáceas) panel de alimentos, látex y anisakis.

El 42 % tenían pruebas positivas a inhalantes, de los cuales 17 a pólenes (34%), 7 a ácaros (14%), y 4 a epitelios (8%).

POLEN=11 ÁCAROS=4 POLEN y ÁCAROS=2 POLEN Y EPITELIOS=3 POLEN, ACAROS Y EPITELIOS=1

Sólo dos de ellos estaban sensibilizados a alimentos uno a marisco y otro a frutas
Ninguno de los pacientes tenía sensibilización a látex.
Destaca la sensibilización de 3 de ellos a anisakis, sin relevancia clínica

ANALÍTICAS

HEMOGRAMA:

LEUCOCITOS:	N
EOSINÓFILOS:	2
VSG:	N

En el hemograma no se encontraron alteraciones, excepto eosinofilia en dos de los pacientes (4%)

BIOQUÍMICA:

COLESTEROL	6
GLUCEMIA ALTA	3
A.ÚRICO ALTO	3

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

FOSFATASA. A	1	
TRANSAMINASAS	3	
TRIGLICÉRIDOS	1	
CALCIO BAJO	1	
ASLO+PCR+FR ALTO	1	
ANTICUERPOS CONTRA NÚCLEO		2 CON 1/80 MOTEADOS

Las alteraciones en los valores de bioquímica, no son diferentes a los encontrados en población normal. Estos resultados concuerdan con estudios previos, que concluyen que la búsqueda de valores patológicos suele ser anodina en los pacientes con urticaria crónica.

ORINA:

1 CON CUERPOS CETÓNICOS, OTRO CON HGBA Y OTRO CON LEUCOCITOS

Tres de los pacientes tuvieron alguna alteración en el sedimento, pero sin relevancia con la clínica.

COMPLEMENTO:

49 NORMAL
1 ALTERADO: C4 BAJO

INMUNOGLOBULINAS

IGE ALTO: 9
IGA ALTO E IG M BAJO: 1
RESTO NORMAL

La elevación de la IgE es concordante con las sensibilizaciones encontradas en el estudio alergológico, El resto de inmunoglobulinas es normal excepto en un paciente con alteración de IgA e IgM

IG E FRENTE A ÁSCARIS, AQUINOCOCOS Y ANISAKIS

IGE ASCARIS:	4	
IGE EQUINOCOCOS:		0
IGE ANISAKIS:	4	

Dos de ellos tenían positivos los dos Ascaris y Equinococo

HORMONAS TIROIDEAS Y ANTICUERPOS:

4 CON AC ANTIPROXIDAS ALTOS Y EL RESTO NORMAL: 2 con test suero + y 2 con test del suero -
2 CON AC ANTITIROGLOBULINAS ALTOS Y EL RESTO NORMAL: test suero -
3 CON LOS DOS ALTOS: 1 CON T4 ALTO : test suero +
1 CON TSH ALTO: test suero -
1 CON RESTO NORMAL: test suero +

El 18% de los pacientes (8) presentaban autoanticuerpos antitiroideos
De ellos 4 tenían el test del suero positivo y 5 negativo

SEROLOGÍA HEPATITIS B:	0
SEROLOGÍA DE HEPATITIS C:	0
SEROLOGÍA DE HIDATIDOSIS:	0

Ninguno de los pacientes presentó serología positiva ni para hepatitis B o C, ni para hidatidosis

PARASITOS EN HECES:	0
---------------------	---

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

No se encontraron parásitos en heces

RX TORAX: 1 CON AUMENTO DE ESPACIO RETROESTERNAL

RX SENOS: 1 CON ENGROSAMIENTO MUCOSO DE SENO MAXILAR DERECHO

Los estudios radiológicos fueron normales, las anomalías aisladas encontradas estaban en el rango de lo encontrado en población normal y no tenían relevancia para la urticaria

TEST DEL SUERO AUTÓLOGO

POSITIVO: 25
NEGATIVO: 25

El test del suero autólogo consiste en la inyección intradérmica de suero del paciente en el antebrazo, con un control negativo con suero fisiológico y un control positivo con histamina.

En nuestro trabajo el 50% de nuestros pacientes tuvieron el test positivo, por lo que el 50% de estas urticarias pudieron ser catalogadas de autoinmune.

De los 25 pacientes con test del suero positivo 20 eran mujeres y 5 hombres, coincidiendo con todos los estudios que reflejan mayor porcentaje de urticaria crónica autoinmune en mujeres.

La mayoría, 18, no tenían antecedentes familiares de atopia frente a 7 que sí tenían.

Del total de catorce enfermedades autoinmunes referidas como antecedentes personales, 10 de ellas se correspondieron con un test del suero positivo

No había diferencias significativas entre el porcentaje de atópicos con test del suero positivo y con test del suero negativo.

Parece estar aumentada la incidencia de angioedema en los pacientes con test del suero positivo en nuestro caso de forma clara, 52 frente al 20%.

De los 25 pacientes con test del suero positivo 8 tenían dermatografismo (32%) y 3 urticaria por presión. (12%). Frente al 28% y 24% del test negativo.

No encontramos diferencias significativas entre los datos de edad de los pacientes o en la duración de la urticaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

La urticaria crónica es una patología importante por su prevalencia y por su gran repercusión en la calidad de vida de los pacientes.

Su larga duración lleva a pensar que es consecuencia de alguna patología sistémica importante, por lo que a los pacientes se les somete a numerosas pruebas y estudios complementarios

En un gran porcentaje de pacientes con urticaria crónica no se llega al diagnóstico etiológico

En nuestro estudio observamos mayor prevalencia de urticaria crónica en el sexo femenino

La mediana de edad es de 46 años con un rango de edad entre 18 y 76 años.

El 26% presentaban antecedentes familiares de atopia y sólo un paciente (4%) antecedentes de urticaria. Serían datos similares a los encontrados en población no afecta de urticaria

La duración de la urticaria oscilaba entre los dos meses y los 37 años, siendo la mediana de 21 meses. A más de la mitad de los pacientes les duró menos de dos años.

La urticaria se asoció con angioedema en el 36% de los casos, destaca la asociación con otras urticarias en el 30% con dermatografismo y en el 18% con urticaria por presión.

Respecto a los factores agravantes fueron muy variados, siendo relevantes que el 26% empeoraban con factores psicológicos, principalmente con el stress y el mismo porcentaje los hacían con algún fármaco entre los que destacan los antiinflamatorios no esteroideos.

En el momento de realizar la historia se recogieron como antecedentes 14 enfermedades autoinmunes que eran padecidas por 11 pacientes.

Se realizó estudio alérgico con inhalantes, alimento y anisakis. El 42% (21 pacientes) tenían pruebas positivas a inhalantes siendo los pólenes los más frecuentes, sólo dos pacientes estaban sensibilizados a alimentos.

La sensibilización a anisakis encontrada en tres de ellos no tenía relevancia clínica.

En los estudios complementarios solicitados, no hubo alteraciones en el hemograma, bioquímica, inmunoglobulina, serología de hepatitis B y C, serología de hidatidosis, IgE específica frente a áscaris, equinococos y anisakis, parásitos en heces u orina que nos orientaran al origen de la urticaria

Los estudios radiológicos fueron normales en la gran mayoría de los casos y las anomalías encontradas no reflejan relación con la urticaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Hay alteraciones de hormonas tiroideas en el 18% (9 de los pacientes), de ellos tienen el test del suero positivo en cuatro de ellos. Antes del estudio estaban diagnosticados de patología tiroidea solamente 3 de ellos.

La presencia de autoanticuerpos antitiroideos es un marcador de enfermedad autoinmune.

La urticaria crónica es más frecuente en pacientes que los presentan, con un claro predominio en mujeres de edad media o avanzada.

En todos los pacientes afectados de urticaria crónica deberá investigarse la presencia de autoanticuerpos antitiroideos elevados, ya que los pacientes que los presenten y no sean hipertiroideos, serán tributarios de realizar tratamiento con tiroxina, pues se ha demostrado que este tratamiento puede hacer desaparecer la urticaria.

Un porcentaje importante (50%) de los pacientes tenían el Test del suero positivo, con esta sencilla y económica prueba podemos catalogar de autoinmune las mitad de las urticarias del estudio, esto nos demuestra que la frecuencia de urticaria crónica autoinmune es elevada y demostrar el origen autoinmune puede detener la búsqueda de causas ocultas o patologías subyacentes

Hemos observado que se asocian a otras enfermedades autoinmunes.

Coincidimos con otros trabajos, en que la historia clínica con una correcta anamnesis y exploración física es lo más importante en contraste con la utilización de excesivos y costosos estudios complementarios.

Resaltamos que la solicitud de autoanticuerpos antitiroideos y el test del suero serían exploraciones imprescindibles porque ayudan a identificar la etiología autoinmune de las urticarias crónica

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/36 ===== ***

Nº de registro: 0036

Título
RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Autores:
MUÑOZ PAMPLONA MARIA PILAR, ROJAS HIJAZO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Investigación, publicación, estudios
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La urticaria crónica se caracteriza por episodios recurrentes de lesiones eritematosas-habonosas pruriginosas, evanescentes y con una duración de al menos 6 semanas en que los episodios ocurren diariamente o están presentes con una frecuencia mayor de dos veces/semana. Frecuentemente se asocia a angioedema que se produce cuando afecta a la dermis profunda y al tejido celular subcutáneo, y comparte con la urticaria los mismos mecanismos fisiopatológicos

No se conoce la incidencia real de la urticaria crónica en nuestro medio. En el estudio Alergológica 2005 la prevalencia en la población española fue del 0,65% siendo más frecuente en adultos.

El origen de esta enfermedad se desconoce. Un 80% de pacientes queda sin diagnóstico etiológico, siendo clasificadas como urticaria crónica idiopática.

La asociación con síntomas sistémicos es excepcional. Siendo el prurito lo que más repercute en la vida del paciente. Se ha demostrado mediante estudios de calidad de vida que el impacto de esta enfermedad es muy importante. Afecta al sueño, produce astenia y dificulta las relaciones laborales, familiares y sociales. Los pacientes afectados de urticaria perciben una calidad de vida peor que el 75% de los españoles para la misma edad y sexo y un a calidad de vida psíquica inferior a las del 80% de los españoles de sus mismas características.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

La puntuación de la calidad de vida de la esfera mental es la más baja de todas las enfermedades alérgicas.

Por todo ello en el estudio de urticaria crónica se tiende a pensar que es la manifestación cutánea de alguna alteración sistémica importante, por lo que a los pacientes se les somete a numerosas exploraciones complementarias.

RESULTADOS ESPERADOS

Se realizará un estudio transversal retrospectivo de 50 casos de urticaria crónica con el objetivo de evaluar la prevalencia en cuanto a edad, sexo, tiempo de la urticaria, antecedentes personales y familiares de alergia así como los resultados y la rentabilidad de los estudios realizados.

MÉTODO

La ficha de recogida de datos es la siguiente y se llevará a cabo por los dos miembros del equipo:

PROTOCOLO DE URTICARIA CRONICA

Edad:

Sexo:

Antecedentes familiares: Atópicos
 Urticaria- AE familiar

Lesiones : Angioedema asociado

Años de evolución

Asociación con otras urticarias físicas: presión
 Calor
 Colinérgica
 Ejercicio
 Dermografismo
 Otras

Factores precipitantes: Alimentos y Aditivos
 Aeroalergenos
 Fármacos
 Infecciones
 Factores psicológicos
 Factores físicos

Otras enfermedades autoinmunes asociadas
 Diabetes
 Enfermedades tiroideas
 Artritis reumatoide

Analítica

Leucocitos: PMN: Linfocitos: Eosinófilos:

VSG:

Bioquímica:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Estudio de Complemento: C3: C4: Clq: C1 inhib:

Inmunoglobulinas:

IgE específica a: Ascaris
Equinococo
Anisakis

HH tiroideas: T3 T4 TSH

Ac antitiroideos:

Estudio microbiológico: Hepatitis B
Hepatitis C
Hidatidosis

Parásitos en Heces (3 muestras)

Rx torax:

Rx senos paranasales:

ESTUDIO ALERGOLÓGICO

Pruebas cutáneas a inhalantes:

Pruebas cutáneas a alimentos:

Pruebas cutáneas a látex:

Pruebas cutáneas a anisakis

Prueba intradermo con suero autólogo:

INDICADORES

Estudio alergológico:

El estudio alergológico se realizará mediante pruebas cutáneas en prick con panel de aeroalérgenos (Dermatophagoides pteronyssinus y farinae, alternaria alternata, epitelios de perro y gato, polen de gramíneas, olivo, ciprés, platanero, Artemisa, plántago, chenopodiáceas) panel de alimentos (Se incluyen alimentos más relevantes desde el punto de vista alergológico así como aquellos con los que el paciente sospecha alguna relación), látex y anisakis.

Los test cutáneos se realizan en la cara volar del antebrazo, además se realizan prick con suero salino como control negativo e histamina como control positivo. Definiéndose como positivo aquella pápula con diámetro igual o mayor de 3mm que el suero salino o aquella que sea mayor que la histamina.

La lectura de las pruebas se realiza a los 15 minutos

Test del suero autólogo:

El test del suero autólogo consiste en la inyección intradérmica de 50 microlitros de suero del paciente en el antebrazo, con un control negativo con suero fisiológico y un control positivo con histamina.

La técnica se prepara realizando una extracción de sangre venosa en tubos estériles que se mantienen a temperatura ambiente durante 30 minutos. Posteriormente se prepara el suero mediante centrifugación a 500g durante 15 minutos. A continuación se procede a la inyección intradérmica del mismo en la cara volar del antebrazo.

La prueba se lee a los 30, 60 minutos, 6 y 24 horas, midiendo el diámetro longitudinal y transversal. Se considera positiva cuando el diámetro producido por el habón y el eritema es mayor de 1,5 mm que el producido por el control negativo.

La sensibilidad es de 65-71% y la especificidad del 81-78% según los estudio.

DURACIÓN

Recogida de datos durante seis meses (enero a junio)

Análisis de los datos durante los seis meses siguientes (julio a diciembre)

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0288

1. TÍTULO

SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MUÑOZ PAMPLONA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUINTANA MARTINEZ VARA DE REY MACARENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En España, los pólenes están considerados como la primera causa de rinitis alérgica y de asma extrínseca. La polinosis ha pasado de ser una enfermedad muy rara a lo que, sin duda, es el trastorno inmunológico que con más frecuencia afecta en la actualidad al ser humano.

Considerando los pólenes alergénicos globalmente en España, las gramíneas resultan ser la causa más importante de polinosis.

La sensibilización a gramíneas es dominante en el Centro y Norte de la Península a excepción del litoral Mediterráneo, donde por el contrario la Parietaria judaica (una maleza) relega a las gramíneas a un segundo lugar.

Igual ocurre con la Olea (olivo) en el sur de España, en aquellas áreas con extensas superficies de olivares, donde este polen resulta ser la principal causa de polinosis, ocupando las gramíneas un segundo puesto. Otros pólenes alergénicos importantes son los Plantagos, Artemisia, Salsola y Chenopodium. También pueden producir polinosis aunque con un carácter más local la Betula (abedul), las Cupresáceas "arizónicas y cipreses", el Platanus (plátano de sombra), Mercurialis (una maleza), Pinus y Palmáceas.

Los siguientes datos sirven para enfatizar la importancia actual que tienen los pólenes, principalmente en términos de morbilidad y coste sanitario:

- La alergia a los pólenes representa el 63% de la etiología de las rinoconjuntivitis vistas en los centros de alergia en la región centro y el 51% en el resto de España.
- Los pólenes constituyen el agente etiológico del 43% de las asmas extrínsecas vistas en los centros de alergia en España.
- El gasto en antihistamínicos es importantísimo en nuestro país y es solo la punta del iceberg del coste económico que supone la alergia a los pólenes ya que al gastos farmacéuticos hay que sumar los gastos por atención médica, hospitalizaciones, pérdidas en jornadas laborales etc
- La prevalencia de polinosis se ha multiplicado en las últimas décadas

Los alérgenos de los pólenes que desencadenan rinoconjuntivitis y asma corresponden a los procedentes de los árboles y plantas que polinizan a través del aire (polinización anemófila) y no a través de los insectos (polinización entomófila)

Los pólenes alergénicos varían según la vegetación y el clima. En general, los pólenes de los árboles son los predominantes durante el invierno y principios de la primavera, los pólenes de las gramíneas durante la primavera y los de las malezas durante el verano y otoño.

Los pacientes con asma polínica pueden presentar agudizaciones bruscas y recortadas durante períodos muy específicos del año.

Los pacientes deben ser informados sobre el comienzo, duración y finalización de aquel o aquellos pólenes inductores de su alergia para que de esa manera, sepan cuando deben iniciar y finalizar las medidas de evitación y el tratamiento farmacológico.

Las medidas de evitación se basan principalmente en mantenerse durante el pico de polinización, el mayor tiempo posible en el interior de las casas, con las ventanas cerradas, siendo útil el uso de aire acondicionado con filtros. No obstante, dado que los pacientes tienen que salir al trabajo o a la escuela, estas medidas son difíciles de llevar por lo que,

en un gran número de casos, es necesaria la utilización de medicación sintomática y/o inmunoterapia para prevenir y controlar los síntomas

Por todo ello es importante conocer los pólenes del área en el que se trabaja y las sensibilizaciones relevantes en ella.

Disponemos de un colector de pólenes para el recuento diario de los pólenes y hemos querido completar el estudio de nuestra zona con este trabajo en el que analizamos las sensibilizaciones a pólenes de nuestros pacientes.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo del estudio fue realizar un estudio transversal retrospectivo de 100 casos de pacientes sensibilizados a pólenes, determinando la prevalencia en cuanto a edad, sexo, antecedentes personales y familiares de alergia, localidad de residencia, patologías alérgicas que padecen y pólenes a los que está sensibilizado.

Los datos se recogieron durante el primer semestre del año y se analizaron en el segundo semestre.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0288

1. TÍTULO

SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

MATERIAL Y MÉTODOS

Para ello se realizó una ficha de recogida de datos que se cumplimentó en los 100 últimos pacientes que habían sido diagnosticados de polinosis en la consulta de Alergología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SEXO:

HOMBRE	57
MUJER	43

EDAD:

MÁXIMA	63
MÍNIMA	6
MEDIA	28.7
MEDIANA	31

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ATOPIA:

SI	51
NO	49

ANTECEDENTES PERSONALES DE ATOPIA

SI	11
NO	89

LUGAR DE RESIDENCIA:

TERUEL CAPITAL	66
PUEBLOS	44

PATOLOGÍA PRESENTADA:

RINOCONJUNTIVITIS	87
RC Y ASMA BRONQUIAL	13
OTRAS	10

PÓLENES MÁS FRECUENTES:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0288

1. TÍTULO

SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

GRAMÍNEAS	69	
CIPRÉS	69	
OLIVO	67	
CHENOPODIÁCEAS		38
ARTEMISIA	33	
PLÁTANO DE SOMBRA	31	
PLÁNTAGO	24	
TARAXACUM	21	
PARIETARIA	9	

PÓLENES MENOS FRECUENTES:

SAUCE	18
OLMO	18
MERCURIALIS	17
ROBLE	11
LENTISCO	11
CASTAÑO	10
RUMEX	10
BRASICA	10
CHOPO	8
PINO	0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se observó una mayor prevalencia del sexo masculino en los pacientes estudiados, con un 57% de casos masculinos, frente a un 43% de sexo femenino.

Los pacientes de ambos sexos, mostraron un rango de edad que osciló entre 6 y 63 años, siendo la media de edad de 28.7 años y la mediana de 31 años.

Del total de 100 pacientes, aproximadamente la mitad presentaban antecedentes familiares de atopia.

Sólo un 11 % presentaban otros antecedentes personales de atopia.

El 66% vivían en Teruel capital y 44% en hábitat rural.

La clínica más frecuente fue la rinoconjuntivitis, en el 13% de los casos se acompañó de Asma bronquial.

Un 10% presentaban otras patologías alérgicas como alergia alimentaria, Dermatitis atópica, alergia a fármacos etc.

La batería de pólenes testados se dividió en dos apartados, por un lado los pólenes más frecuente, que son aquellos que conocemos por su capacidad alérgica y que se prueban de forma rutinaria en las consultas de Alergología y por otro lado los menos frecuentes a la hora de producir alergia.

A los 100 pacientes se les realizó pruebas cutáneas en prick test con los 20 pólenes a estudiar, se utilizó como controles solución salina e histamina y se realizaron en el antebrazo siguiendo las normas y protocolos establecidos para la realización de estas pruebas.

Para valoración de la positividad se midieron las pápulas resultantes en milímetros.

Los pólenes con mayor porcentaje de positividad fueron los de gramíneas (69%), olivo (69%) y ciprés (67%) coincidiendo con la clínica que observamos en la asistencia diaria en nuestra consulta y destacando la relevancia de la sensibilización a ciprés que era anecdótica hasta hace unos años.

Le siguen en frecuencia el polen de Chenopodiáceas (38%), Artemisia (33%) y Plátano de sombra (31%), al igual que en el caso de las cupresáceas se objetiva incremento progresivo del número de pacientes alérgico a polen de platanero en los últimos años.

Por último un 24% de los pacientes están sensibilizados a polen de Plantago, 21% a Taraxacum y sólo un 9% a parietaria, hay que explicar que el polen de Parietaria es muy alergénico y que la baja sensibilización encontrada puede llevar a error, el motivo es que en la consulta estudiamos pacientes de toda la provincia y de la zona del Rincón de Ademuz, por sus característica la Parietaria no crece en nuestra provincia excepto en determinadas áreas en las que el clima se caracteriza por ser más mediterráneo y con pocas heladas, en esas zonas la sensibilización a Parietaria es importante, por el contrario en el resto de la provincia no crece esta planta y no encontramos pacientes sensibilizados a la misma.

Entre los diez pólenes con menos sensibilizaciones nos encontramos el Sauce (18%), Olmo (18%) y Mercurialis

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0288

1. TÍTULO

SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

(17%), otros cinco pólenes tienen una sensibilización aproximada de 10%, son el Roble, Lentisco, Castaño, Rumex, y Brasicas, y algo menor en el caso del Chopo (8%).

Destaca no haber encontrado ninguna sensibilización a pino en los cien pacientes estudiados, a pesar de ser una provincia con amplias zonas de pinares.

El estudio de las sensibilizaciones en el área en el que se trabaja facilita el diagnóstico de los agentes causantes de alergia respiratoria.

Conociendo la etiología y su época de polinización se pueden establecer medidas de prevención adecuadas y en el caso necesario establecer un tratamiento etiológico correcto.

Estudiar el espectro polínico y su dinámica a lo largo de los años permite obtener información de los posibles alérgenos en el área, para ajustar las baterías de diagnóstico necesarias en la consulta.

Es importante observar la tendencia a lo largo del tiempo de algunos pólenes, como ejemplo podemos ver el incremento progresivo del polen de cupresáceas, debido principalmente a la polinización de los cipreses ornamentales que se han plantado de forma masiva. También empiezan a aparecer cantidades más relevantes de polen de plátano por el mismo motivo.

Con estos estudios podemos elaborar modelos de predicción más exactos que nos permitan conocer cuál será el calendario polínico

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/288 ===== ***

Nº de registro: 0288

Título
SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

Autores:
MUÑOZ PAMPLONA MARIA PILAR, QUINTANA VARA DE REY MACARENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN ALERGOLOGÍA ES FUNDAMENTAL EL ESTUDIO DE LA AEROBIOLOGÍA DE LA ZONA, SEGÚN LA MISMA HAY SENSIBILIZACIÓN A DIFERENTES PÓLENES.
EN LA CONSULTA DIARIA SE UTILIZAN BATERÍAS DE AEROALÉRGENOS QUE DEBEN SER ADECUADAS AL ENTORNO EN EL QUE SE TRABAJA.

RESULTADOS ESPERADOS
RECOGER INFORMACIÓN DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO, PARA ELLO RELLENAREMOS UNA FICHA CON LOS DATOS DE 100 PACIENTES ALÉRGICOS AL POLEN A LOS QUE SE LES HABRÁ REALIZADO UNA BATERÍA DE PRUEBAS CON 20 PÓLENES DIFERENTES.

MÉTODO
DURANTE EL SEGUNDO DEMESTRE ANALIZAREMOS LOS DATOS RECOGIDOS, CON EL FIN DE ADECUAR LA BATERÍA ESTANDAR A LA ZONA.

INDICADORES
PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS SEGUIREMOS LOS CRITERIOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLOGÍA.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0288

1. TÍTULO

SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

DEBEN ALCANZARSE LOS 100 PACIENTES CON BATERÍA DE PRUEBAS A PÓLENES COMPLETA.

DURACIÓN

RECOGIDA DE DATOS EL PRIMER SEMESTRE. ANÁLISIS EL SEGUNDO SEMESTRE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0627

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLÓGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 03/06/2017

2. RESPONSABLE NURIA SANLLEHI VILA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO
HORNO DELGADO JAIME
CHOCARRO ESCANERO PILAR
VALERO ADAN ADELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Exposición en las Jornadas Científicas del Hospital con datos previos de la situación que queremos mejorar.
2-Diseño de carteles ilustrativos de recogida de las muestras (plastificados) y reparto a los distintos servicios implicados.
3-Recogida de datos tras la distribución carteles y exposición del tema.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1-Los errores relacionados con la petición han descendido de 67 al 55% (No se realizó acción correctiva sobre este ítem).
2-Obtención de muestra insuficiente: de 2% al 0%
Manipulación de muestra: 15% al 0%
3-Tipo de contenedor/aditivo: del 7 al 4%
4-Transporte: 4% al 0%
5-Identificación del paciente: 5 al 0%.
Nuestro objetivo era reducir las incidencias relativas a la muestra a <1% (efecto cartel) (3,4,5).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1- No logramos nuestro objetivo (<1%) pero hemos descendido en los errores de contenedor/aditivo, manipulación de muestra y transporte.
2- Aún con el apoyo del cartel se siguen cometiendo errores pero menos. Y se comunica y recuerda que se consulte el cartel.
3- Hemos detectado incidencias relacionadas con la cumplimentación, tipo de volante y registro que tenemos que mejorar entre todos los agentes que participan en el proceso, y que no hubiésemos detectado sin hacer el estudio.
4- La revisión del trabajo nos hace plantearnos la necesidad de plantear mejoras en distintos ámbitos a los servicios implicados en el estudio de estas muestras para realizar mejoras relacionadas con el informe y rendimiento diagnóstico de la prueba .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/627 ===== ***

Nº de Registro: 0627

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLÓGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
SANLLEHI VILA NURIA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, HORNO DELGADO JAIME, CHOCARRO ESCANERO MARIA PILAR, VALERO ADAN ADELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

PROBLEMA

El análisis de los líquidos biológicos (líquido cefalorraquídeo, serosos (pleural, ascítico, pericárdico) y sinovial entre otros) es un proceso fundamental en la investigación diagnóstica de muchos pacientes. Su utilidad y adecuada interpretación está estrechamente vinculada a diversos factores modificables como son:
1-obtención adecuada de la muestra (proceso de extracción)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0627

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLÓGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

- 2-contenedor apropiado (con o sin aditivos) y manipulación.
- 3-identificación y distribución de cada muestra en el orden adecuado en el tiempo y al lugar adecuado.
- 4-Solicitud de parámetros bioquímicos (procedentes/no procedentes) y análisis de muestras simultáneas en la medida de lo posible (distintos líquidos/suero).

Hemos detectado que en ocasiones se producen errores que hemos observado prácticamente en todos los eslabones del proceso. Algunos de ellos inevitables (ej. Punción traumática), mientras que otros, aunque no sean frecuentes, se repiten en el tiempo, con los movimientos de personal de todos las categorías (nuevas incorporaciones, vacaciones etc..) ej envío en contenedor inapropiado, con o sin aditivos, presencia de coágulos al no haber agitado la muestra tras la extracción, otros relacionados con la seguridad (envío jeringa con aguja) etc.. Estas incidencias se han detectado en distintos servicios, y si bien es cierto que al detectarlas, inmediatamente nos ponemos en contacto con el facultativo responsable y en general no se vuelven a producir, con el paso del tiempo e incorporación de nuevos profesionales se reincide. No todas las incidencias tienen la misma transcendencia en el resultado obtenido y su interpretación, pero deben ser eliminadas para garantizar en la medida de lo posible la seguridad del paciente.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Reducir (e incluso eliminar) las incidencias evitables referidas a la calidad preanalítica de la muestra, así como aquellas que se pudieran derivar de factores postanalíticos.

MÉTODO

Estandarización de los procesos relacionados con el análisis de líquidos biológicos, formación o actualización, documentación de las incidencias pre y postanalíticas detectadas, así como la aplicación de medidas correctoras.

1- Generación de documentación informativa:

- Realizar una guía o procedimiento en el que se detallan todos los puntos críticos del proceso, desde que se obtiene la muestra hasta que llega al laboratorio, procesamiento, conservación y/o demás procesos que la muestra pueda requerir.
- Diseño de un cartel que plasme de forma gráfica inmediata la información crítica de la guía. (Dicho cartel, expuesto en los controles de todas las plantas podría ser un elemento muy eficaz, que creemos podría ELIMINAR el error de tipo de contenedor, a la vez que enfatiza la prioridad en el transporte de la muestra al laboratorio.)

2-Comunicación y formación:

- Difusión adecuada del material confeccionado entre personal facultativo, enfermería y auxiliar.

3-Seguimiento:

- Estudio observacional de todas las incidencias relacionadas con los procesos pre y postanalíticos de las muestras de líquidos biológicos recibidos en el laboratorio de urgencias con posterioridad a la puesta en marcha del programa.

INDICADORES

1- Generación de documentación informativa:

Indicador:	Realización guía	Realización cartel	
Objetivo	Si		Si
Cronograma	Julio 2015	Julio 2015	

2- Comunicación y formación:

Indicador	Sesión informativa
Objetivo	Si
Cronograma	Septiembre 2015

3-Seguimiento:

Indicador:	Nº incidencias	Origen y % del total
Objetivo	<1%(cuantificación)	
Cronograma	Mayo 2016	

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0627

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLÓGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Indicador N° liquidos remitidos sin suero Origen y %
 Objetivo cuantificación y razonamiento (distintos criterios)
 Cronograma Mayo 2016

DURACIÓN

Inicio: Junio de 2015 hasta junio 2016.

El seguimiento y análisis de incidencias anual, podría prolongarse más allá de la duración del proyecto, como medida de calidad del área de líquidos biológicos del laboratorio y sacar conclusiones sobre el mantenimiento de mejora de la misma obtenida.

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 - 2015/0631

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE LAS ORINAS RECOGIDAS EN CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 31/05/2017

2. RESPONSABLE ALEJANDRO ALVAREZ LOPEZ
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro H OBISPO POLANCO
 · Localidad TERUEL
 · Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
 · Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANLEHI VILA NURIA
 HORNO DELGADO JAIME
 HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES
 FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elige el Centro de Salud Teruel Ensanche para el desarrollo del proyecto.
 Se estudian las orinas recibidas de ese centro de salud durante un año; desde el 1 de octubre de 2015 hasta el 30 de septiembre de 2016.

ESTUDIO DESCRIPTIVO:

La siguiente tabla refleja la evolución de las orinas enviadas desde ese centro de salud al laboratorio:

oct-15	nov-15	dic-15	ene-16	feb-16	mar-16	abr-16	may-16	ju
n-16	jul-16	ago-16	sep-16					
348	402	316	280	313	255	411	319	371
	368						264	244

Se considera como muestra probablemente contaminada debido a una mala recogida aquella que muestra un recuento de células epiteliales superior a 30 por microlitro, medidas con el equipo Sysmex UF-1000i empleado en el laboratorio para el análisis de sedimento de orinas de rutina.

La siguiente tabla muestra el número y porcentaje de orinas contaminadas a lo largo de los meses de estudio. Los meses de octubre de 2015 a enero de 2016 sirvieron para la evaluación de la muestra y los siguientes meses para valorar la evolución tras la intervención de mejora.

	Número de orinas con recuento de células epiteliales>30 cels /microlitro		Porcentaje de orinas con
	recuento de células epiteliales>30 cels /microlitro (%)		
oct-15	22	6,32	
nov-15	35	8,71	
dic-15	26	8,22	
ene-16	25	8,93	
feb-16	17	5,43	
mar-16	13	5,10	
abr-16	21	5,11	
may-16	25	7,84	
jun-16	25	6,74	
jul-16	12	4,55	
ago-16	15	6,15	
sep-16	22	5,98	

Si se realiza un estudio separado por sexos, se encuentra que las orinas contaminadas debido a una mala recogida de las mismas son predominantemente de mujer:

	número de orinas con recuento de células epiteliales>30 cels /microlitro		número de orinas con
	recuento de células epiteliales>30 cels /microlitro de sexo femenino		% de sexo femenino en orinas
	contaminadas		
oct-15	22	22	100,00
nov-15	35	35	100,00
dic-15	26	25	96,15
ene-16	25	24	96,00
feb-16	17	17	100,00
mar-16	13	12	92,31
abr-16	21	21	100,00
may-16	25	24	96,00
jun-16	25	23	92,00
jul-16	12	12	100,00
ago-16	15	15	100,00
sep-16	22	22	100,00

La evolución mensual de orinas contaminadas en este grupo:

	número de orinas con recuento de células epiteliales>30 cels /microlitro de sexo femenino		% de
	orinas contaminadas sobre total de orinas de pacientes de sexo femenino		
oct-15	22	10,68	
nov-15	35	14,96	

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0631

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE LAS ORINAS RECOGIDAS EN CENTRO DE SALUD

dic-15	25	12,75
ene-16	24	14,04
feb-16	17	8,67
mar-16	12	7,55
abr-16	21	8,02
may-16	24	12,57
jun-16	23	10,27
jul-16	12	7,06
ago-16	15	10,00
sep-16	22	9,32

Con el fin de conocer la población a estudio, se estratifico a este grupo de mujeres con orina contaminada por grupos de edad. Los intervalos son los siguientes:

- Premenárquicas: Edad inferior a 14 años
- Mujeres en edad fértil: Edad superior a 14 años e inferior a 48 (14<edad=48)
- Mujeres postmenopáusicas no ancianas: Edad comprendida entre 49 y 79 años:(49<edad=79)
- Mujeres ancianas: Edad superior a 80 años.

Asimismo se estudió el porcentaje de mujeres con lengua materna diferente del castellano (suposición obtenida a partir del nombre y apellidos sugerentes de nacionalidad no española ni latinoamericana). Se pretende con esto averiguar si puede existir barrera idiomática para la comprensión de las normas de recogida de la orina. La evolución mensual en función de la edad es la siguiente:

consta	RECUENTOS		PORCENTAJES					No	No consta	No	No	No	No
	Edad <14	Edad 14-48	Edad <14	Edad 14-48	49-79	49-79	>80						
oct-15	0	11	0	11	7	4	0	50,0	31,8	18,2	0,0		
nov-15	0	17	0	17	11	6	1	48,6	31,4	17,1	2,9		
dic-15	1	9	1	9	2	3	1	6,3	56,3	12,5	6,3		
ene-16	0	13	0	13	4	5	2	0,0	54,2	16,7	8,3		

En cuanto a la población cuya lengua materna no es el castellano:

No castellano como lengua materna	
RECUENTOS	PORCENTAJES
oct-15	1 4,55
nov-15	1 2,86
dic-15	2 12,5
ene-16	4 16,67

Esto nos permite conocer cuál es el sector de población sobre el que hay que hacer mayor labor de educación sobre la técnica adecuada para la recogida de orina en condiciones asépticas.

Se observa que las mujeres en edad fértil son las que presentan los mayores porcentajes de orinas contaminadas: 47,2 ± 7,53.

En mujeres postmenopáusicas no ancianas, los porcentajes son del 22,0 ± 11,69.

En estos dos grupos de edad es en los que con una adecuada información se pueden obtener las mejorías más significativas.

En cuanto a las mujeres ancianas, la media de orinas contaminadas es del 17,0± 3,70. En este grupo puede ser más complicada la mejora teniendo en cuenta que la recogida puede ser dificultosa

En cuanto a las mujeres cuya lengua materna no es el castellano, la media de orinas contaminadas es del 8,02± 6,15.

INTERVENCIÓN DE MEJORA:

Durante el mes de enero se distribuyó entre las pacientes a las que se les solicitaba recogida de orina para urianálisis unas normas de recogida aséptica de la misma:

NORMAS PARA LA CORRECTA RECOGIDA DE ORINA PARA ANÁLISIS DE SEDIMENTO URINARIO Y UROCULTIVO.

Iniciar el proceso descrito a continuación cuando se tenga la sensación de abundantes ganas de orinar, prefiriéndose en general la primera orina de la mañana, cuando la vejiga urinaria se encuentra llena de orina. Recoger la orina en un frasco estéril de tapón de rosca. Se puede encontrar en farmacias o en el laboratorio del hospital o centro de salud

1. Lavado meticuloso de los genitales externos. Utilice agua y jabón. Aclárese con agua abundante y séquese bien con toalla o paño limpio.
2. Colóquese en el inodoro.
3. En mujeres, separar con una mano los labios vaginales. En hombre, retirar hacia atrás el prepucio. Comience a orinar. despreciando el primer chorro, orinando primero fuera del frasco, y sin parar la micción, continúe orinando directamente dentro de él hasta llenar aproximadamente medio frasco.
4. Tape inmediatamente y anote su nombre y dos apellidos.
5. Traslade la muestra en posición vertical, bien tapada y rápidamente al Laboratorio o a su Centro de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0631

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE LAS ORINAS RECOGIDAS EN CENTRO DE SALUD

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Volviendo a la tabla de evolución del porcentaje de orinas contaminadas:

	número de orinas con recuento de células epiteliales > 30 cels / microlitro de sexo femenino	% de orinas contaminadas sobre total de orinas de pacientes de sexo femenino
oct-15	22	10,68
nov-15	35	14,96
dic-15	25	12,75
ene-16	24	14,04
feb-16	17	8,67
mar-16	12	7,55
abr-16	21	8,02
may-16	24	12,57
jun-16	23	10,27
jul-16	12	7,06
ago-16	15	10,00
sep-16	22	9,32

Se observa una disminución en los porcentajes de orinas contaminadas tras la intervención, que se mantiene durante tres meses, seguido de un repunte en los porcentajes de contaminación.

La entrega de información escrita sobre la forma idónea de recogida de orina tiene un efecto positivo, con una disminución de las muestras contaminadas significativa, pero se pone de manifiesto la necesidad de que esta información se emita de forma continuada para que este efecto positivo se mantenga en el tiempo.

No se ha podido seguir el efecto de la intervención por grupos estratificados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se constata el elevado porcentaje de orinas procedentes de centro de salud sospechosas de estar contaminadas debido a una mala praxis durante la recogida de la misma.

Las orinas contaminadas proceden mayoritariamente de pacientes de sexo femenino y edad comprendida entre los 14 y los 48 años, seguidas de mujeres post-menopáusicas y del grupo de mujeres ancianas.

La entrega a los pacientes de instrucciones escritas sobre la forma adecuada de realizar una recogida aséptica de orina, es eficaz, mejorando la calidad de las orinas recibidas.

Para que este efecto sea duradero, la comunicación con el paciente, mediante instrucciones escritas o de palabra ha de ser continua.

Se ha de realizar un seguimiento por estratos de población para valorar por separado el efecto de las medidas correctoras y de ese modo identificar los grupos de población en los que hay que hacer más hincapié en la transmisión de información.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/631 ===== ***

Nº de Registro: 0631

Título
MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE MUESTRAS DE ORINA RECOGIDAS EN CENTROS DE SALUD

Autores:
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, SANLLEHI VILA NURIA, HORNO DELGADO JAIME, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

PROBLEMA

El análisis de orina es una prueba de rutina más demandada por los clínicos, y una de las de más sencilla realización en el laboratorio. Se trata de una herramienta imprescindible para el diagnóstico y monitorización de enfermedades renales y del tracto urinario.

Para que el análisis de orina tenga significado clínico, la muestra ha de ser recogida adecuadamente. Una recogida incorrecta podría invalidar los resultados de los procedimientos de laboratorio. Se ha de recolectar una muestra que refleje lo mejor posible las características de la orina presente en la vejiga urinaria.

Lo ideal sería la recogida de la orina en el mismo laboratorio para minimizar errores en la recogida y evitar el sobrecrecimiento de agentes contaminantes, minimizar destrucción celular y presencia de artefactos debido a la demora en el transporte, pero debido al volumen de muestras solicitadas y a la dispersión geográfica de la población atendida, no es posible la toma de la muestra en el laboratorio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0631

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE LAS ORINAS RECOGIDAS EN CENTRO DE SALUD

Las muestras de orina suelen ser recogidas por el paciente en su domicilio y frecuentemente la recogida de la misma, no se realiza en condiciones óptimas y se ven con frecuencia muestras que evidencian contaminación en la misma por una recogida inadecuada, dando lugar a diagnósticos inadecuados o que pueden inducir a error al clínico receptor de los mismos.

Se pretenden tomar medidas encaminadas a mejorar la calidad de las muestras recogidas por el paciente, minimizando la contaminación de la misma. Comenzaremos la desarrollar estas medidas de mejora en uno de los centros de salud del área sanitaria: C.S. Teruel Ensanche.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Disminución del número de muestras de orina recibidas en el laboratorio que evidencien contaminación vaginal o fecal, procedentes del centro de salud seleccionado para iniciar esta actividad de mejora: Teruel-Ensanche.

MÉTODO

Dado que es el paciente el responsable de la recogida de la muestra, ha de recibir instrucciones precisas para que realice una correcta recogida.

Esto se puede realizar de dos maneras:

1. Comunicación oral: Charlas formativas/informativas para el personal de enfermería / auxiliar sobre buenas prácticas de recogida de muestra de orina, con el fin de optimizar la comunicación con el paciente. El personal de enfermería o personal auxiliar transmitirá al paciente unas normas optimizadas de recogida de la muestra.
2. Información escrita: Elaboración de carteles para ser fijados en consultas de enfermería o elaboración de folletos explicativos para ser entregados al paciente junto al volante de petición.

INDICADORES

Puesto que la evidencia de mala recogida de orina es la presencia en la muestra de contaminantes ajenos al sistema urinario, se utilizará alguno de estos parámetros para monitorizar la evolución de la calidad de las muestras remitidas al laboratorio.

En caso de contaminación vaginal, se utilizará el recuento de células epiteliales. El criterio de corte que utilizaremos para definir en muestra la presencia de contaminación es el hallazgo mediante la técnica habitual de estudio del sedimento urinario de un recuento de células epiteliales /células de vías bajas superior a 30 por microlitro. En las muestras así identificadas, se incluirá un comentario para el médico peticionario que ponga de manifiesto la sospecha de una inadecuada toma de muestra.

En el caso de contaminación fecal, se utilizará como marcador la presencia de fibras musculares o fibras vegetales en la muestra de orina. Las muestras identificadas como contaminadas, se incluirá un comentario para el médico peticionario indicando la posibilidad de contaminación fecal.

DURACIÓN

Se prevé una duración de un año.

Cronograma.

Dos meses para elaboración de cartelería y edición de díptico para paciente.

Dos meses Charlas formativas con personal de enfermería / auxiliar para mejorar la comunicación con paciente.

A lo largo de todo el proyecto: Evaluación mensual de la evolución de muestras detectadas con evidencias de contaminación.

Valoración final de resultados: Constatación de la evolución entre el inicio del proyecto y el final del mismo de la variación en el número de muestras con contaminación por una mala recogida

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 - 2016/0115

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Fecha de entrada: 26/10/2017

2. RESPONSABLE SARA FERNANDEZ LANDAZURI
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO
VALERO ADAN ADELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A) ESTUDIO DE LA DEMANDA DE LOS MARCADORES CARDÍACOS

La primera actividad realizada se encaminó a estudiar la demanda de los marcadores cardíacos en nuestro centro, con el fin de determinar la prevalencia de Síndrome Coronario Agudo (SCA) en nuestra población, así como la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de los biomarcadores cardiacos empleados en el SCA.

Se registraron retrospectivamente las peticiones relativas al perfil cardíaco realizadas durante el año 2016. Se elaboró un Excel con la correspondiente exportación de las pruebas cardiacas desde el Sistema de Información del Laboratorio (Modulab 2.2.06. Werfen S.A), registrándose el valor del biomarcador, la edad, sexo, departamento solicitante y el diagnóstico al alta (GRD) de los pacientes en la asistencia en la que se solicitó el perfil cardíaco, clasificándose con presencia o ausencia de SCA. El diagnóstico se consultó en la Historia Clínica Electrónica.

Se determinaron los niveles de troponina I, mioglobina y CK-MB masa por inmunoensayo quimioluminiscente (Access 2. Beckman Coulter) y los niveles de LDH y CK por espectrofotometría (Vitros 4600. Ortho Diagnostics). Los niveles de los marcadores cardíacos se determinaron en el momento basal de exploración, y en las posteriores horas de la aparición de los síntomas, clasificándose como marcador positivo o negativo.

B) ESTUDIO DEL COSTE DE LOS MARCADORES CARDÍACOS

La segunda actividad llevada a cabo fue el análisis económico de las pruebas del laboratorio para el diagnóstico de SCA.

Se solicitó al Servicio de Compras, el coste de los reactivos, calibradores, controles y el resto de suministros empleados para la determinación de las pruebas bioquímicas, con el objetivo de conocer el coste unitario de cada determinación en el año 2016.

Para conocer el coste unitario de cada determinación se imputan una serie de costes:

- Coste total del reactivo
- Coste del calibrador
- Coste del control de calidad
- Coste de consumibles y suministros (Wash buffer, cubetas de reacción, diluyentes, bolsa de residuos...).

Este coste se aplica calculando el coste total de los suministros en cada autoanalizador y dividido entre el número de pruebas que se realiza en este autoanalizador. En el caso del Access2 se realizan los tres biomarcadores: troponina, CKMB y mioglobina, por lo que se divide el coste total de suministros entre 3. Mientras que en el caso del Autoanalizador Vitros 4600, donde se analiza la CK y la LDH, se realizan 21 determinaciones bioquímicas, por lo que el coste total se divide entre 21.

En el cálculo de los coste unitarios se comente un sesgo puesto que existen una serie de costes, tanto directos como indirectos, que no se tienen en cuenta como son el tiempo invertido por el personal técnico y facultativo en la limpieza, mantenimiento, calibración y supervisión, los costes de luz, agua, de material de extracción (tubos de suero, agujas, vías).

C) DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se expusieron los resultados mediante el formato de Comunicación Oral en la XI Edición de las Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco (Teruel). Con el fin de exponer la situación y conseguir un cambio en los hábitos de petición, adaptándonos al patrón nacional e internacional basado en la medición de la troponina cardíaca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A) ESTUDIO DE LA DEMANDA DE LOS MARCADORES CARDÍACOS

Se registraron 1.702 pacientes (55% hombres. Edad 72 ±12 años) a los que se les solicitó el perfil cardíaco. El principal departamento solicitante es el Servicio de Urgencias (92%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0115

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

La prevalencia de SCA en nuestra población es de 6,17% (105/1.702). Dentro del SCA, la prevalencia de SCASEST es del 17%.

La capacidad discriminante de los biomarcadores cardíacos empleados es la siguiente:

	Punto de corte	Sensibilidad				
%	Especificidad					
%	VPP %	VPN %				
Troponina I (n:1.702)	0,04 ng/mL	89,5	80,3	88	83	
CKMB (n:1.679)	6 ng/mL	69,6	89,3	91,3	64,4	
Mioglobina (n:1.658)	70 ng/mL	52,4	78,3	79,5	50,5	
LDH (n:1.552)	313 U/L	54	78	79,8	82,6	
CK (n:1.684)	135 U/L	59,2	80,8	83,2	55,1	

Los datos proporcionados por el proveedor, Beckman Coulter, para el diagnóstico del IM con la determinación de la troponina I empleando como punto de corte el nivel de 0,04 ng/mL son los siguientes:

- < 8 Horas del inicio de síntomas: Sensibilidad de 86% (IC 95%: 79-90) y Especificidad del 94% (IC 95%: 92-95).
- > 8 Horas del inicio de síntomas: Sensibilidad de 88% (IC 95%: 82-93) y Especificidad del 93% (IC 95%: 91-94).

Nuestros datos de sensibilidad son concordantes a los del proveedor; sin embargo la especificidad obtenida es sustancialmente menor. Si el resultado cTnI es menor o igual de 0,04 ng/mL, hay un 83% de probabilidades de que el paciente no presente Síndrome Coronario Agudo y se deberá realizar un control evolutivo durante las siguientes 6 horas. Sin embargo, si el resultado de la cTnI es superior a 0,4 ng/mL, hay un 88% de probabilidades de que el paciente esté padeciendo un Síndrome Coronario Agudo.

En nuestro estudio encontramos un 18% de falsos positivos. Los principales falsos positivos asociados a la determinación de cTnI son los siguientes:

- 46,8% Patología cardíacas:
 - o 14,7% insuficiencia cardíaca
 - o 10,5% fibrilación auricular
 - o 21,6% otras: angina, cardiopatía, bloqueo aurículo-ventricular, bradicardia, taquicardia.
- 8,9% Patología pulmonar: EPOC, neumonía, insuficiencia respiratoria.
- 4,8% Dolor torácico inespecífico.
- 2,2% Rabdomiólisis.
- 1,9% Sepsis.
- 1,3% Accidente cerebrovascular.

Encontramos un 0,5% de falsos negativos. Los falsos negativos de la determinación de la cTnI pueden deberse a no haber esperado el tiempo necesario para observarse un incremento de sus valores en sangre según su cinética. Puesto que en el infarto de miocardio, los niveles de cTnI aumentan en las horas posteriores a la aparición de los síntomas cardíacos, alcanzando un máximo a las 12-16 horas, pudiendo permanecer elevada durante 4-9 días después del IM.

El resto de biomarcadores utilizados presentan una sensibilidad sustancialmente menor, por debajo de 70% en el mejor de los casos con la CKMB. Por lo que nuestros resultados son concordantes con las Recomendaciones. Es cierto, que en la determinación es clave la sensibilidad, puesto que un falso negativo puede ser mortal para el paciente.

B) ESTUDIO DEL COSTE DE LOS MARCADORES CARDÍACOS

El coste total de los marcadores cardíacos en el ejercicio 2016 supone 73.434,19 €, en el que 72.514,98 € corresponde al coste imputable al autoanalizador Access 2 (Beckman), donde se realiza la troponina, CKMB y mioglobina. El resto, 919,21 €, para el análisis de la LDH y CK.

Se calcularon los coste unitarios de cada determinación, asignándose el coste total de reactivo, calibrador, control de calidad y coste de consumibles y suministros. El cálculo del coste unitario se obtuvo al dividir el coste total entre el número de determinaciones que se realizaron para esas pruebas, siendo la suma no sólo de las peticiones, sino de las pruebas gastadas para calibración, control de calidad, mantenimiento o comprobaciones (Troponina: 3.478 determinaciones; Mioglobina: 3.434 determinaciones; CKMB: 3.455 determinaciones; LDH: 17.250 determinaciones; CK: 900 determinaciones).

	Costes (€)								
	Reactivo	Calibrador	CC	Suministros	Total	Unitario			
Troponina	14.981,47	0,00		2.414,45	6.119,65	23.515,57	6,76		
Mioglobina	14.981,47	1.180,68		2.414,45	6.119,65	24.696,25	7,19		
CKMB	14.981,47	787,60		2.414,45	6.119,65	24.303,17	7,03		
LDH	5.657,82	214,21	63,59	828,23	4.062,62	0,39			
CK	2.956,58	214,21	63,59	828,23	6.763,86	0,45			

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0115

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Tras realizar esta evaluación económica, el siguiente paso fue determinar la reducción de costes. En esta situación planteamos dos estrategias:

- Estrategia 1: Coste del perfil cardíaco implantado en nuestro centro, basado en la realización de los 5 biomarcadores (Troponina, Mioglobina, CKMB, LDH y CK). El coste total fue de 73.434,19 (€).
- Estrategia 2: Coste del perfil cardíaco centrado en las recomendaciones de las Sociedades Científicas, tanto a nivel nacional como internacional, que basan el diagnóstico bioquímico del SCA en la determinación de las troponinas cardioespecíficas. El coste total sería de 23.515,57 (€).
- Reducción de costes: Es la resta de la estrategia 1 menos la 2. El coste evitado al trabajar según las recomendación será de 49.918,62 (€).

	Costes (€)		
	Estrategia 1	Estrategia 2	Reducción costes
Troponina I	23.515,57	23.515,57	
Mioglobina	24.696,25		
CKMB	24.303,17		
LDH	464,65		
CK	454,56		
Total	73.434,19	23.515,57	49.918,62

C) DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se obtuvo el premio a la mejor Comunicación Oral en las XI Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco (Teruel). Tras informar de los resultados obtenidos en dicho aforo, se organizarán unas conferencias con las áreas clínicas peticionarias, gracias a la ponencia de cardiólogos expertos en el manejo de las troponinas ultrasensibles.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. El perfil cardíaco empleado en nuestro centro, basado en la determinación de troponina, mioglobina, CKMB, LDH y CK, está obsoleto y es necesario adaptarlo a las Recomendaciones actuales. Las cuales recalcan que no utilizar CK total ni su isoenzima 2 (CKMB), ni AST, ni LDH, ni mioglobina en el diagnóstico y manejo del paciente con Síndrome Coronario Agudo o sospecha de Infarto de miocardio.

2. Las troponinas cardiacas son el biomarcador de referencia para el diagnóstico del SCA/IM. Nuestra troponina alcanza el 89,5% de Sensibilidad, con un 80,3% de Especificidad VPP de 88% y VPN del 83%. No obstante, es interesante la implantación de las troponinas ultrasensibles, con el fin de mejorar la sensibilidad. El resto de biomarcadores no superar el 70% de sensibilidad.

3. El coste total del perfil cardíaco empleado es 73.434,19 €. Adaptando nuestro algoritmo clínico a las recomendaciones actuales evitaremos un coste de casi 50.000 € empleando esta tecnología, pudiéndolos emplear en la implantación de la troponina ultrasensible.

7. OBSERVACIONES.

Tras la divulgación de los resultados en las Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco, y las oportunas sesiones y consenso con las áreas clínicas involucradas, procederemos a eliminar las pruebas obsoletas (LDH, CK, mioglobina y CKMB). Se impartirá formación sobre las características de la troponina ultrasensible, procediendo a su implantación y pactando con las áreas clínicas implicadas para la confección de los algoritmos cardíacos ajustando las horas para las determinaciones seriadas. Se irá valorando prospectivamente la demanda y el coste de los biomarcadores cardíacos en los próximos años, para ir detectando posibles áreas de mejoras.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/115 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0115

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Nº de registro: 0115

Título
PLAN DE MEJORA PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Autores:
FERNANDEZ LANDAZURI SARA, SANLLEHI VILA NURIA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, VALERO ADAN ADELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

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

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

PROBLEMA

En el 2012, el grupo de trabajo conjunto de la European Society of Cardiology (ESC), American College of Cardiology Foundation (ACCF), American Heart Association (AHA) y la World Heart Federation (WHF) publicaron una nueva actualización del Infarto de Miocardio (IM), definiendo el IM como la "Detección de un aumento y/o descenso de los valores de los biomarcadores cardíacos [preferiblemente troponina cardíaca (cTn)] con al menos uno de los valores por encima del percentil 99 del límite de referencia superior (LRS) y al menos uno de los siguientes parámetros":

- Síntomas de isquemia;
- Cambios significativos en el segmento ST-onda T nuevos o presumiblemente nuevos o bloqueo de rama izquierda nuevo;
- Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG;
- Evidencia por imagen de pérdida de miocardio viable o anomalías regionales en la motilidad de la pared de nueva aparición;
- Identificación de un trombo intracoronario mediante angiografía o autopsia.

Esta nueva actualización otorga un papel central a la determinación de troponina. En nuestro laboratorio, se implantaron en el 2003 los biomarcadores cardíacos. En el 2012 se formó un equipo multidisciplinar formado por facultativos de Análisis Clínicos, Medicina Interna, Urgencias, Cardiología y Unidad de Cuidados Intensivos, quienes elaboraron un algoritmo de petición de pruebas de laboratorio en función de la anamnesis, exploración y Electrocardiograma. El número de determinaciones de biomarcadores cardíacos ha ido aumentando, de hecho durante el 2015 se realizaron 2862 determinaciones de Troponina, 2862 de Mioglobina, 2888 de CKMB, 2888 de Lactato Deshidrogenasa (LDH) y 2888 de Creatin kinasa (CK). Con ello detectamos una demanda repetitiva en la petición de biomarcadores cardíacos para el diagnóstico y seguimiento del IM, cuando pueden ser resueltos, la mayoría de los casos, con la determinación de la troponina cardíaca, en nuestro caso la isoforma I.

Nuestra propuesta es evaluar el grado de adherencia al protocolo previamente elaborado, y proponer posibles algoritmos de mejora que permitan diagnosticar y seguir a los pacientes que padecen o pueden padecer un IAM. El diagnóstico definitivo lo conseguiremos a través de la información proporcionada de los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), de forma que podamos evaluar la efectividad de las pruebas diagnósticas.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es aumentar la efectividad en la petición e interpretación de los biomarcadores cardíacos a través de la determinación de la troponina I.

Para ello, es fundamental proponer un protocolo de trabajo que permita diagnosticar y seguir a los pacientes, a la vez que evite la realización de pruebas innecesarias.

MÉTODO

1. Realizar una evaluación de la situación actual a través de un análisis de coste-efectividad, planteando dos alternativas para diagnosticar y seguir a los pacientes con IAM:

- A) Práctica clínica habitual, determinando el número de determinaciones de los biomarcadores Troponina, CKMB, Mioglobina, LDH y CK realizadas.
- B) Alternativa clínica, determinando la Troponina I en el seguimiento.

2. Seleccionar las posibles causas por las que se incumple el algoritmo establecido previamente.

3. Definir un nuevo algoritmo, si es necesario, que permita diagnosticar y seguir a los pacientes, y fomentar el cambio en los hábitos o patrones de solicitud de las peticiones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0115

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

INDICADORES

Para la evolución coste-efectiva, planteamos utilizar como indicador de costes, el coste de las pruebas bioquímicas, y como indicadores de efectividad el diagnóstico al alta a través de los GRD.

Se propone realizar un análisis de la situación antes de iniciar el proyecto, con objeto de valorar las alternativas en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes.

La evaluación se realizará a través del seguimiento en el tiempo de modificaciones en la petición de biomarcadores cardíacos para obtener el mismo objetivo que es identificar precozmente a los pacientes que sufren o pueden sufrir un IAM, así como un correcto seguimiento de los mismos.

DURACIÓN

La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es un año.

-Septiembre-Diciembre 2016: Análisis de la situación actual, estudio coste-efectivo.

-Enero 2016: Buscar las causas de incumplimiento del algoritmo propuesto previamente.

-Febrero-Mayo: plantear un protocolo alternativo para mejorar la efectividad de las pruebas del laboratorio.

-Junio-Septiembre 2016: Elaborar un informe en el que se evalúen los objetivos obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0877

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA PREANALITICA EN LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE NURIA SANLLEHI VILA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES
MARTIN GOMEZ MARIA LUISA
VILLARROYA SALESA MARIA CARMEN
GRACIA ARNAL MARIA GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1 -Se han contabilizado retrospectivamente las incidencias relacionadas con las muestras procedentes de los Centros de Salud (AP).
- 2 -Se han analizado los datos de la información obtenida.
- 3 -Visitas al Centro de Salud Ensanche para entender in situ el motivo de errores detectados en algunos procesos que dificultan el flujo de trabajo del laboratorio.
- 4 -Consultas telefónicas con responsables de AP para valorar modificaciones relacionadas con el volante de petición generado por OMI-AP que podría aportar mejoras.
- 5 -Reunión del equipo para comentar las dificultades encontradas con las que no se contó al diseñar el proyecto y proponer soluciones, entre las que destacan:
 - La dificultad de extraer exactamente los datos propuestos en el proyecto. No es posible diferenciar ciertos datos agrupados.
 - No validez de los datos recabados de orinas de 24H. Están falseados durante ese periodo por necesidad operativa, debido al compromiso del laboratorio con Dirección y AP de implantar el cociente albúmina/creatinina en orina de micción aislada para el seguimiento de la función renal del paciente diabético en AP. El hecho de crear una prueba en el S.I.L (sistema informático del laboratorio) sin estar creada previamente en el programa OMI-AP y la necesidad de dar respuesta a esa necesidad sin tener resuelta la forma de petición, generó que los médicos de AP solicitaran dicha prueba informáticamente como microalbuminuria (orina de 24H), de manera que en la peticiones de microalbuminuria reales se escribía a mano la diuresis y en las peticiones de cociente albúmina creatinina se solicitaba con una anotación. Al comprobar las muestras que no coincidían con la petición: petición (orina 24H) y muestra orina de micción aislada, había que comprobar que se solicitaba un albúmina/creatinina y no se trataba de una muestra de orina de 24H que el paciente hubiese recogido mal o no hubiera traído. Asimismo al saber que no llegaría el resultado, se mantenía la petición y en el campo de la diuresis, y se remitía un mensaje al médico indicándole que podía acceder al resultado a través de INTRALAB. El proceso era costoso al tener que consultar repetidamente el volante original en el scanner, además de entorpecer el flujo de trabajo.
 - No existencia de un criterio uniforme a la hora de introducir incidencias: contenedor, prueba; además varias de ellas están multiplicadas expresando la misma situación, por lo que el análisis es inviable.
 - Se acordó estudiar las necesidades actuales para realizar las modificaciones pertinentes en el S.I.L. y valorar modificar el proyecto de raíz para obtener resultados satisfactorios que minimicen las incidencias que se producen habitualmente para mejorar los procesos que afectan tanto al paciente a distintos niveles como al funcionamiento del laboratorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No procede al no reflejar la realidad y no haber continuado el estudio. Hay que tener presente que los centros de salud una vez incorporado el cociente albúmina/creatinina en el programa OMI-AP tampoco disponían todos de etiquetas por lo que la adaptación fue gradual. Los últimos en cambiar a las nuevas etiquetas lo hicieron en diciembre de 2017. Asimismo tampoco por la necesidad de adaptar el programa informático del laboratorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Lecciones aprendidas:

Antes de iniciar un proyecto hay que estudiar bien la viabilidad y los instrumentos necesarios para llevarlo a cabo.
Hemos encontrado debilidades técnicas y operativas que no nos habíamos planteado antes y que es necesario subsanar.

Conclusiones:

- Hay que adaptar las herramientas de que disponemos a las necesidades actuales. Es pertinente hacer modificaciones en parámetros del S.I.L que nos permitan obtener con exactitud los indicadores que precisamos.
- Unificar los criterios de rechazo de muestras u otras incidencias para facilitar la gestión informática de datos.
- Dado que tras consultarlo, somos conocedores de que este proyecto no puede modificarse radicalmente: colaboradores y contenido, entendemos que para llevarlo a cabo hay que darlo por concluido y rediseñar uno

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0877

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA PREANALITICA EN LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

nuevo salvando las dificultades que nos encontramos con el primero y desarrollando más algunos aspectos que lo van a mejorar.

- Es preciso involucrar a los profesionales implicados en la obtención, preparación y envío de las muestras desde los Centros de Salud para que el proyecto cumpla las expectativas que tenemos.

7. OBSERVACIONES.

Disponemos de un documento planteando la modificación del proyecto con el mismo nº en el que se exponen las dificultades halladas y necesidad de refinarlo en todas sus dimensiones, que si es preciso se puede aportar. No se ha remitido al saber que esa opción no es posible y hay que cerrar el presente y solicitar uno nuevo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/877 ===== ***

Nº de registro: 0877

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA PREANALITICA EN LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
SANLLEHI VILA NURIA, VALERO ADAN ADELA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, FERNANDEZ LANDABURU SARA, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES, MARTIN GOMEZ MARIA LUISA, VILLARROYA SALESA MARIA CARMEN, GRACIA ARNAL MARIA GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

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

PROBLEMA
Habitualmente nuestro laboratorio sufre incidencias con las muestras derivadas de los centros de extracción y recogida de muestras periféricas, que pueden tener numerosas consecuencias. Ejemplo de estas incidencias son: muestras enviadas parcialmente (al enfermo se le extrae sangre pero olvida traer la muestra de orina ó recoge una muestra de orina de 24 horas cuando debiera ser de primera hora), extracciones dificultosas ó mala colaboración del paciente etc.
Todo ello deriva en pérdidas de tiempo y esfuerzos vanos en la búsqueda de estas muestras con la posibilidad de segundas extracciones, nuevas recogidas de muestra....

RESULTADOS ESPERADOS
1. Garantizar la seguridad y el bienestar del paciente
2. Optimizar los procesos del laboratorio, las muestras problemáticas dificultan el flujo de trabajo
3. Mejorar la preanalítica de cara a los pacientes como a los médicos peticionarios

MÉTODO
Establecer vías de comunicación bidireccional Laboratorio - Periféricos
- Informar en centros periféricos (reuniones, visitas programadas)
- Implantación de un registro de incidencias y soluciones

INDICADORES
Porcentaje de :
Falta muestra de suero, orina y heces
Muestras mal identificadas
Muestras mal recogidas

DURACIÓN
INICIO DEL PROYECTO ENERO 2017
FINALIZACIÓN DEL PROYECTO JUNIO 2017
- Contabilización retrospectiva de las incidencias (agosto-diciembre 2016)
- Toma de contacto con los centros de salud, proceso de información e implantación del registro de incidencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0877

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA PREANALITICA EN LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

(Enero 2017)

- Recopilación y análisis de incidencias tras la puesta en marcha del proyecto (febrero-junio 2017).
- Exposición pública de los resultados (Jornadas Científicas Obispo Polanco)

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 - 2016/1762

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ALEJANDRO ALVAREZ LOPEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANLLEHI VILA NURIA
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO
FERNANDEZ LANDAZURI SARA
VALERO ADAN ADELA
HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se crea una ETIQUETA especial para pegar en tubo de orina de vacío de tapón amarillo, exclusiva para la determinación de magnitudes bioquímicas en orina de micción aislada. Etiqueta con prefijo 37 denominada (Ori 1ª hora BQ).

2. Se configura el analizador Beckman Coulter AU5800 para realizar las pruebas Albúmina y Creatinina en orina de micción aislada en contenedores de orina con etiquetas prefijo 37 y 25.

3. En el programa de gestión de laboratorio Modulab-Gold, se crea el CONTENEDOR: Orina 1º hora bioquímica. Se configuran para ese contenedor las pruebas: Albúmina orina 1ª hora y Creatinina Orina 1ª hora y el cociente Albúmina / Creatinina expresado en miligramos albúmina/gramo creatinina (mg/g).

Modulab emite como resultados:

- Concentración de albúmina en orina de primera hora: Ori-Albúmina con unidades miligramos/Litro (mg/L).
- Concentración de creatinina en orina de primera hora: Ori-Creatinina, con unidades miligramos/decilitro (md/dL).

• Cociente albúmina/creatinina en orina de primera hora con unidades mg_albúmina/g_Creatinina.

La técnica de cuantificación de albúmina en orina tiene un límite inferior de cuantificación de 7 mg/L. Todos aquellos pacientes con resultado inferior a esa cifra, tendrán como resultado <7 mg/L. El valor del cociente albúmina/creatinina en pacientes con albúmina por debajo del límite inferior de cuantificación, se informará como <30 mg/g.

4. Se crea la PRUEBA. Estimación del filtrado glomerular, utilizando la ecuación del MDRD-4 IDMS. Se precisa para que se pueda dar resultado que el peticionario solicite la determinación de Creatinina en suero y que en los demográficos del paciente figure la fecha de nacimiento, ya que la fórmula estima el filtrado glomerular en función de la creatinina sérica y de la edad del paciente.

Los resultados se expresan en mL/min/1.73 m². Si el resultado es superior a 60 mL/min/1.73 m², en el informe aparecerá como resultado >60, ya que la ecuación de estimación MDRD 4- IDMS es imprecisa para valores de filtrado superiores a 60. Adicionalmente, en el informe aparece la siguiente información:

Resultados emitidos en pacientes supuestamente de raza blanca. Los valores de F.G. estimado >60 mL/min/1.73 m² son imprecisos.

- 30-59 F.G. estimado indica ERC estadio 3
- 15-29 F.G. estimado indica ERC estadio 4
- <15. F.G. estimado indica ERC estadio 5

No es recomendable su uso en pacientes ingresados con sueroterapia.

No se debe solicitar en: Pacientes con edad <18 años, pacientes embarazadas, pacientes con peso corporal extremo (IMC<19 kg/m² o >35 kg/m²) o con malnutrición o alteraciones de la masa muscular o amputaciones o hepatopatías graves o fracaso renal agudo.

5. OMI: Se reconfigura la hoja del peticionario de pruebas al laboratorio, incluyendo dos nuevas: Cociente albúmina/creatinina y Estimación del filtrado glomerular.

6. Se verifica que OMI y Modulab se comunican. Las pruebas pedidas vía OMI aparecen solicitadas en Modulab y que los resultados enviados por Modulab, aparecen en la página correspondiente en OMI, siendo visibles por el médico peticionario.

7. Se rediseñan las etiquetas pre impresas de identificación de paciente, de modo que en cada hoja de etiquetas existan dos para orina de micción aislada, la que ya había (prefijo 25; Orina 1ª hora), destinada al tubo de orina para la realización del sistemático de orina y del sedimento, y la nueva (Orina 1ª hora bioquímica; prefijo 37) destinada a las determinaciones bioquímicas en orina de micción aislada.

8. Se comienza a distribuir bloques de hojas de etiquetas preimpresas con la nueva etiqueta exclusiva para estas determinaciones. La distribución de las mismas se realiza de modo progresivo, conforme los centros de salud consuman las etiquetas preimpresas de las que disponen, y evitar así el gasto que supone desecharlas. Se comienza a implantar los nuevos bloques de etiquetas preimpresas por los centros de salud con mayor volumen de muestras: Centro de Salud Teruel Centro y C.S. Teruel-Ensanche.

9. Se diseña un protocolo de actuación para aquellos centros que aún no disponen de las nuevas etiquetas pre impresas.

Protocolo temporal para centros que no dispongan de etiquetas nuevas.

Instrucciones para Médicos de atención primaria: Se evitará durante este periodo transitorio hasta la llegada de nuevas etiquetas pedir simultáneamente en una misma petición la determinación del cociente albúmina/creatinina y el sistemático de orina y sedimento. Si por motivos clínicos fuese necesario realizar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1762

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

las dos determinaciones, se abrirían dos peticiones diferentes en OMI, una para el cociente y otra para el básico de orina.

Instrucciones para Enfermería y personal encargado de la recogida de muestras en centro de salud. Las muestras de orina, recogidas en tubo de vacío de tapón amarillo, se identificarán con la etiqueta correspondiente a orina de primera. Si el médico de atención primaria ha considerado necesaria la realización simultánea del básico de orina y del cociente albúmina/creatinina, el paciente tendrá dos peticiones de OMI, en una de las cuales, entre otras pruebas, estará el básico de orina y otra petición con el cociente albúmina/creatinina. Se identificarán con números consecutivos. Se ha de prestar especial atención a la hora de etiquetar estas muestras para evitar que se crucen las peticiones e identificar correctamente cada tubo con cada volante.

Protocolo de petición con etiquetas nuevas:

Sustituye al anterior en aquellos centros que ya disponen de nuevas etiquetas.

Instrucciones para Médicos de atención primaria: Se marcará en OMI la casilla correspondiente al Cociente albúmina/creatinina. Se recuerda que ya no es necesario marcar la casilla de la petición "microalbuminuria". Si se considera pertinente, se puede pedir simultáneamente básico de orina y sedimento en la misma petición OMI que el cociente albúmina/creatinina.

Instrucciones para Enfermería y personal encargado de la recogida de muestras en centro de salud: Se recogerán las muestras de orina en tubos de vacío de tapón amarillo específicos para este tipo de muestras. Si se pide básico de orina, se identificará el tubo con la etiqueta "Orina 1ª hora". Si se solicita cociente albúmina/creatinina, se identificará con la etiqueta "Orina 1ª hora Bioquímica". Si se piden ambas determinaciones, se recogerán dos tubos identificando cada uno de ellos con la etiqueta correspondiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los nuevos bloques de etiquetas preimpresas en los que aparece la etiqueta diseñada para determinaciones bioquímicas en orina de primera hora van distribuyéndose por los Centros de Salud de manera progresiva. La siguiente tabla, resume el cronograma de comienzo de uso de las nuevas etiquetas:

CENTRO DE SALUD FECHA INICIO NUEVAS ETIQUETAS

C. S. TERUEL CENTRO	ENERO 2017
C. S. TERUEL ENSANCHE	ENERO 2017
C. S. CALAMOCHA	ENERO 2017
C. S. MONREAL	ENERO 2017
C. S. UTRILLAS	ENERO 2017
C. S. SANTA EULALIA	FEBRERO 2017
C. S. MORA DE RUBIELOS	FEBRERO 2017
C. S. SARRIÓN	MARZO 2017
C. S. ALBARRACIN	ABRIL 2017
C. S. VILLEL	ABRIL 2017
C. S. MOSQUERUELA	JUNIO 2017
C. S. ALFAMBRA	AGOSTO 2017
C. S. ALIAGA	DICIEMBRE 2017
C. S. BÁGUENA	DICIEMBRE 2017
C. S. CEDRILLAS	DICIEMBRE 2017
C. S. CELLA	DICIEMBRE 2017

SEGUIMIENTO DEL NÚMERO DE PETICIONES POR CENTRO DE SALUD. EVOLUCIÓN TEMPORAL

Comparación con peticiones de orina de 24 horas desde atención primaria.

La siguiente tabla muestra la variación entre 2016-2017 en dos periodos de tiempo similares (marzo-diciembre) en la demanda de determinaciones en orina de 24 horas en los centros de salud que envían muestras a nuestro laboratorio y la demanda en el citado periodo de determinación del cociente albúmina/creatinina.

ORINAS 24 HORAS CENTRO DE SALUD	COCIENTE ALBUMINA / CREATININA		DISMINUCIÓN (%)
	2016	2017	
ADEMUZ 33	8	75,8	61
C. S. ALBARRACIN	149	19	87,2
C. S. ALFAMBRA	176	28	84,1
C. S. ALIAGA	68	3	95,6
C. S. BÁGUENA	98	3	96,9
C. S. CALAMOCHA	251	42	83,3
C. S. CANTAVIEJA	2	1	50,0
C. S. CEDRILLAS	42	1	97,6
C. S. CELLA	59	4	93,2
C. S. MONREAL	165	11	93,3
C. S. MORA DE RUBIELOS	49	13	73,5
C. S. MOSQUERUELA	34	1	97,1
C. S. SANTA EULALIA	110	3	97,3
C. S. SARRIÓN	100	15	85,0
C. S. TERUEL CENTRO	427	33	92,3
C. S. TERUEL ENSANCHE	466	58	87,6
C. S. UTRILLAS	249	34	86,3

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1762

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

C. S. VILLEL	37	6	83,8	113
TOTAL	2515	283	88,7	3937

Se observa una notable reducción en el número de orinas de 24 horas solicitadas desde atención primaria. Se pasó de un total de 2515 en 2016 a 283 en el mismo periodo de 2017. Es decir, una reducción total de 2232 determinaciones en orina de 24 horas. Esto supone una reducción del 88,7 %. Hay por tanto un elevado número de pacientes que se benefician de la creación de esta nueva prueba, con las facilidades en la recogida de muestra que implica, así como las ventajas en punto de recepción de muestras del Centro de Salud, durante el transporte de las mismas y en el laboratorio.

Por otra parte, el número de peticiones de determinación del cociente albúmina/creatinina en orina de micción aislada fue de 3937. Esto supone un incremento total de 1705 peticiones de orina al laboratorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Como era de esperar tras la creación de una nueva prueba, se ha producido una gran demanda de la misma. Se ha de hacer hincapié en la necesidad de que la dinámica de petición de este tipo de pruebas se ciña al algoritmo recomendado en la Guía de manejo del paciente diabético "Programa de atención integral. Diabetes Mellitus" de 2014
- Durante el periodo transitorio hasta la entrada en funcionamiento de las nuevas etiquetas, se observaron desajustes en las peticiones en aquellos pacientes a los que se les pedía simultáneamente básico de orina y cociente albúmina/creatinina en orina de micción aislada. El médico peticionario, siguiendo el protocolo establecido, creaba dos peticiones de OMI, una conteniendo entre otras pruebas solicitadas el básico de orina, y otra con el cociente albúmina/creatinina. Se observó con relativa frecuencia un error en el proceso de etiquetado de muestras y volantes OMI tras el proceso de extracción y recogida de orina en los centros de Salud. Se producía un cruce de etiquetas entre los tubos de una petición y las pruebas solicitadas vía OMI de la otra, hecho que generaba problemas en el laboratorio. Para resolver estos errores, se reclama una mayor atención en los puntos de extracción de muestras.
- La ecuación utilizada para la estimación del filtrado glomerular es MDRD-4-IDMS. Se recomienda su cambio por CKD-EPI, que presenta resultados más aproximados al valor real en pacientes en estadios iniciales de insuficiencia renal, es decir, aquellos que presentan valores de filtrado glomerular comprendidos entre 60 y 90 mL/min/1.73 m².

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1762 ===== ***

Nº de registro: 1762

Título
IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, SANLLEHI VILA NURIA, VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO, FERNANDEZ LANDAZURI SARA, VALERO ADAN ADELA, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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
Entre las estrategias y programas de salud del SALUD figura la "Estrategia en diabetes", basada en un documento de 2012 del Ministerio de Sanidad, cuya transposición a la Comunidad Autónoma de Aragón, dio lugar al "Programa de atención integral. Diabetes Mellitus" elaborado en 2014. En el apartado SP-3 del mismo, titulado "Seguimiento del paciente diabético: Prevención, detección y Atención a complicaciones crónicas y descompensaciones agudas", se incluye en el epígrafe 3.5 el procedimiento de nefropatía diabética. En él se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1762

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

describe el procedimiento de cribado, de detección precoz y actuación ante la nefropatía diabética, algoritmo en el cual se incluyen varias pruebas de laboratorio. Estas pruebas, que ya se realizaban en nuestro laboratorio en muestra de orina de 24 horas, son la determinación de albúmina y determinación de creatinina en orina de micción aislada y la determinación del cociente entre ambas magnitudes. Asimismo, se pedía emitir una estimación del filtrado glomerular a partir de los valores de creatinina sérica utilizando una de las ecuaciones de estimación del filtrado glomerular existentes: (MDRD-4). Adicionalmente, estos parámetros constituyen uno de los indicadores de calidad (o de actividad) de atención primaria.

Hasta este momento, el seguimiento de la función renal en atención primaria se viene realizando mediante pruebas en orina de 24 horas, con las cuales se determinaba la funcionalidad renal mediante el aclaramiento de creatinina y la existencia de daño mediante la presencia de proteínas en orina, mal denominada "microalbuminuria" cuantificando su eliminación en 24 horas. Estas técnicas, consideradas de referencia, basan su fiabilidad en la correcta y completa recogida de la orina durante un periodo de 24 horas. Esta recogida puede ser dificultosa en pacientes de edad avanzada y puede ser fuente de error si no es correcta.

Las más recientes guías clínicas (KDIGO 2014) avalan sustituir las pruebas en orina de 24 horas por pruebas en orina de micción aislada y estimación del filtrado glomerular mediante fórmulas basadas en niveles de creatinina sérica, sexo, edad y raza

RESULTADOS ESPERADOS

Se propone un proyecto para implementar el seguimiento de la función renal en paciente diabético en atención primaria, mediante la valoración del cociente albúmina/creatinina en orina de micción aislada y la estimación de la filtración glomerular mediante MDRD-4, de acuerdo a las directrices del Programa de atención integral Diabetes Mellitus.

MÉTODO

Se han de realizar las siguientes tareas:

- Adecuación del autoanalizador para la realización de las pruebas. Creación de pruebas
- Adecuación del etiquetado de los tubos de muestra
- Creación de las pruebas en el programa SIL del laboratorio (Modulab-gold)
- Creación de las pruebas en programa OMI.
- Conexión OMI-Modulab-gold
- Entrenamiento del personal implicado en el proceso, desde el origen (Petición por el médico de atención primaria), hasta el final del proceso (Recepción de resultados)
- Seguimiento de la implantación del programa.

INDICADORES

El seguimiento de la implantación de las nuevas pruebas se realizará cuantificando el número de pruebas pedidas por los diferentes centros de salud y comparándolas con el volumen de las pruebas a las que estas nuevas sustituyen que se realizaron en periodos similares en años anteriores. Se hará también seguimiento de peticiones incorrectas, considerando incorrectas aquellas peticiones que soliciten la determinación simultánea de las pruebas recién creadas y de las pruebas en orina de 24 horas.

DURACIÓN

Se plantea la realización del proceso de implantación de las nuevas pruebas durante un año.

Calendario previsto:

- Septiembre 2016: Acondicionamiento del autoanalizador para la realización de las nuevas pruebas.
- Octubre 2016: Creación de nuevas pruebas medidas y pruebas calculadas en el programa S.I.L. de laboratorio ModuLab Gold.
- Noviembre 2016. Creación de las nuevas pruebas en OMI.
- Diciembre 2016. Verificación de la conexión Modulab con OMI. Verificar que las peticiones realizadas vía OMI se registren en Modulab y que los resultados enviados por Modulab sean visibles en OMI.
- Diciembre 2016-Enero 2017. Formación del personal en Centros de Salud para la petición de nuevas pruebas: Médicos de atención primaria. Adecuada petición en OMI. Personal de Enfermería y auxiliares: correcta recogida y etiquetado de las muestras.
- Febrero 2017: Inicio de petición electrónica vía OMI de las nuevas pruebas
- Febrero 2017-junio 2017: Coexistencia de peticiones OMI con las pruebas de nueva creación con peticiones OMI solicitadas con anterioridad a febrero 2017 con pruebas en orina 24 horas.
- Febrero 2017 - Diciembre 2017. Implantación paulatina de las etiquetas preimpresas en los distintos centros de extracción periféricos.
- Febrero 2017-Diciembre 2017. Seguimiento y evaluación del proceso.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1762

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE SARA FERNANDEZ LANDAZURI
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALERO ADAN ADELA
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO
SANLLEHI VILA NURIA
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO
MARTINEZ OVIEDO ANTONIO
MONTON DITO JOSE MARIA
JURADO GOMEZ FELICIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A) ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES
El objetivo es realizar un estudio comparativo de dos ensayos para la determinación de troponinas ultrasensibles o de alta sensibilidad (hsTnT) (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter).

La comparativa se basa en establecer la troponina que mejor se adapte a las condiciones de nuestro centro. Los aspectos a valorar son los siguientes:

1. Técnicos: Límite del Blanco, Límite de Detección, Límite de Cuantificación, intervalo de medición, establecimiento del percentil 99 de la población, calibración (determinaciones, intervalo de tiempo), duración del inmunoensayo, hemólisis, espacio físico y plataformas necesarias para el análisis.
2. Clínicos: definición de cambios significativos, algoritmos o paneles de decisión, puntos de corte, edad, género.
3. Coste: reactivos, calibradores, controles, suministros.

B) ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES EN NUESTRA POBLACIÓN
En un segundo paso, se analizan por ambas plataformas 104 muestras para la determinación de hsTn en 4 y 6 series analíticas respectivamente. Las muestras analizadas proceden de las peticiones de troponina I convencional (la empleada en el momento de la comparación). Las muestras se obtuvieron en suero (Vacuette tube), y tras realizar la analítica solicitada por el clínico de troponina I convencional, se congelaron y en un mismo ciclo de descongelación se analizaron en ambas plataformas de forma simultánea las troponinas ultrasensibles o de alta sensibilidad.

Se registraron los diagnósticos de los 104 pacientes a los que se analizó la troponina para evaluar la sensibilidad (S), especificidad (E) y los falsos positivos (FP) y negativos (FN) empleando los puntos de corte establecidos por los fabricantes. Se clasificaron los diagnósticos como presencia o no de isquémica miocárdica (angina de reposo, SCASEST, SCACEST, dolor torácico con factores de riesgo, cardiopatía isquémica, tako-Subo). Al tratarse de dos isoformas distintas (hsTnI, Beckman & hsTnT, Roche) no se puede realizar el análisis de regresión lineal ni el análisis de las diferencias (Bland-Altman).

C) DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN
Una vez escogida la troponina ultrasensible más conveniente para nuestro centro atendiendo a todos los aspectos valorados, se comunicó a los clínicos implicados y se fijó un algoritmo que pueda ayudar al diagnóstico.

D) EVALUACIÓN DEL PROCESO
El seguimiento y la evaluación de adhesión al protocolo pactado de actuación se realiza a través de las recomendaciones del panel de expertos de la Asociación Española de Biopatología Médica-Medicina de Laboratorio (AEBM-ML) mediante indicadores y preguntas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A) ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES

Para realizar una correcta comparación entre ambos reactivos para la determinación de la troponina ultrasensible o de alta sensibilidad (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter) se evalúan parámetros técnicos, clínicos y de costes.

A1) Aspectos técnicos

Los aspectos a valorar se obtienen de la información proporcionada por las dos casas comerciales en la hoja de información del reactivo. Se revisaron previamente las definiciones de los conceptos, que se listan a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

continuación:

El límite de blanco (LoB) es la concentración más alta de troponina cardiaca que se puede encontrar en una muestra que no contiene el constituyente a medir. Estadísticamente se calcula con el límite de confianza unilateral al 95% del valor medio de la muestra analizada más 1,65 veces la desviación estándar (DE) de su medida.
LoB = media (calibrador cero) + 1,645 × SD (calibrador).

El límite de detección (LoD) es la concentración más baja de troponina que se puede detectar en una muestra de baja concentración, aunque la cuantificación no sea exacta. Es una concentración mayor que el límite de blanco. Estadísticamente, se calcula como el límite de confianza unilateral al 95% del valor medio del LoB más 1,65 veces la DE de la muestra de baja concentración. Es decir, LoD= media (blanco) + 2 ó 3 × SD (blanco).
No existe consenso firme sobre el número de repeticiones por serie, en general, se refiere a 21 repeticiones. En Estados Unidos los laboratorios hasta 2017 no han podido informar troponinas cardiacas en el límite de detección porque los resultados disponibles (se utilizaban generaciones de ensayos anteriores a los de alta sensibilidad aprobados ese año) y los de POCT presentaban imprecisiones >20% en esta concentración. La FDA (Food and Drug Administration) sólo permite a los fabricantes informar resultados de troponinas cardiacas a concentraciones inferiores que la menor concentración que tiene una imprecisión total (CV = 20%).

El límite de cuantificación (LoQ) es la cantidad más baja de analito en una muestra que puede ser cuantificada con una precisión y exactitud aceptables, en condiciones experimentales establecidas. Matemáticamente es la concentración de troponina en la que el error de medida es del 5% (o en algunos métodos, el error que cumple el objetivo requerido o establecido, por ejemplo 10%). También tiene en cuenta el sesgo (diferencia con la sensibilidad funcional).

El percentil 99 es la concentración utilizada por las guías clínicas para el diagnóstico de SCA derivado de individuos aparentemente sanos en estudios desarrollados. Recomendaciones de la IFCC:
a) El valor dado por los fabricantes se considera aceptado, aunque se pueda determinar en nuestra población sana.
b) El percentil 99 en un ensayo de alta sensibilidad se debería medir con una imprecisión analítica = 10% CV.
c) Los métodos de alta sensibilidad deberían medir cTn por encima del límite de detección en más del 50% de individuos sanos.
e) El percentil 99 debe informarse en números enteros en ng/L.

En la Tabla 1 se especifica la comparación de ambas técnicas valorando parámetros junto a otros como son: intervalo de medición, sensibilidad, especificidad, tipo de muestra, efecto de la temperatura ambiental, número de test necesarios para la calibración, duración de la calibración, tiempo del ensayo, interferencia de la hemólisis, posible efecto Hook, valores de referencia poblaciones, puntos de decisión clínica, diferencia por sexos, estudios validados y el tiempo de vida del producto en el mercado.

El estudio comparativo de la información proporcionada por las casas comerciales demuestra que ambos métodos son de alta sensibilidad para determinar la troponina (alcanzando el 100% de sensibilidad con la plataforma de Roche), con parámetros buenos y aceptables. La hemólisis es una interferencia común en ambas técnicas siendo especialmente sensible para la plataforma de Roche.

Tabla 1. Estudio técnico comparativo (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter).

	hsTnI	hsTnT	
LoB	0-1,7 ng/L ?	3 ng/L (pg/mL)	
LoD	1-2,3 ng/L ?	5 ng/L	
LoQ	5,6 ng/L	13 ng/L	
Intervalo de medición		1-27.027 ng/L	3-10.000 ng/L
Sensibilidad	84-90% (URL: 17,5 pg/mL)	100 % (p99: 14 ng/L)	
Especificidad	92-99%	75%	
Tipo de muestra	Plasma y suero	Suero.No intercambiar	
Valor de referencia		14 ng/L	
(sin estratificar sexo)	17,5 ng/L		
Hombres:	19,8 ng/L (IC95%: 12.6-20.7)		
Mujeres:	11,6 ng/L (IC95%: 8.4-18.3)	No diferencia	
Efecto Temperatura ambiental	SI	NO	
Calibración	20 determinaciones	4	
Duración ensayo	17 minutos	9 minutos	
Interferencia hemólisis	Falsos positivos	Falsos negativos	
Efecto Hook	No hasta 2.000.000 ng/L	100.000 ng/L	
Seguimiento clínico	Cada 3 horas	Cada 3 horas	
Designación decisión	Valor delta	Contexto clínico.	
? 50% debajo del LQ (7 ng/L)			
? 20% encima del LQ	Estudios validados	APACE. APACE 2015. TRAPID	
Tiempo en el mercado	2017	2010	

A2) Aspectos Clínicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

En este apartado contemplamos los siguientes aspectos: Algoritmos [cambio significativo (delta) y como definir en números absolutos o relativos delta, tiempos, cinética], sexo, género.
La troponina ultrasensible de Roche Diagnostics lleva muchos más años en el mercado y se han realizado múltiples estudios nacionales e internacionales para validar la técnica en las distintas poblaciones. Esta casa comercial plantea el algoritmo validado por la European Society of Cardiology (Figura 1). Beckman Coulter lanzó la troponina I de alta sensibilidad del año pasado y propone diferentes estrategias para establecer los valores de decisión según sensibilidades y especificidades, siendo la responsabilidad de cada laboratorio fijar los valores de decisión que considere más apropiados para su población.

Los valores de cTn aumentan con la edad especialmente por encima de los 60 años y son más elevados en la población masculina. A pesar de que la recomendación de la IFCC sugiere la estratificación del p99 por sexo biológico, y al menos, por dos bloques de edad, la mayoría de los estudios que han calculado los p99 de los inmunoanálisis que determinan troponinas se han realizado sin seguir estas recomendaciones. La posición al respecto es la siguiente:
- Roche Diagnostics: utiliza un único punto de corte hsTnT (segregar por sexos el p99 no mejora el pronóstico en nuestro entorno europeo, fijándose en 14 ng/L para ambos sexos).
- Beckman Coulter: establece una diferencia por sexos y de forma global para la población (Hombre: 19,8 ng/L; Mujeres: 11,6 ng/L; Ambos: 17,5 ng/L).

A3) Aspectos económicos

Inicialmente se realizó el cálculo teórico del coste de cada determinación teniendo en cuenta los costes del reactivo, control, calibrador y suministros del equipo (Tabla 2).

Tabla 2. Coste de cada determinación en ambas plataformas.

	hsTnI (Beckman)	hsTnT (Roche)
Reactivo	3,57 €	2,66 €
Calibrador	0 €	0 €
Control	0,5 €	0 €
Suministros	2 €	0 €
Test	6,07 €	2,66 €

A posteriori, se pudo determinar de una forma más precisa el coste de cada determinación, con datos reales de nuestro laboratorio (Tabla 3). Este coste está ajustado a todas las acciones que se llevan a cabo en el laboratorio para la entrega de un resultado veraz y exacto de troponina. A priori, podemos observar que los calibradores tienen un coste de 0 €; sin embargo esto no implica que la calibración sea 0 € puesto que para calibrar el autoanalizador consume una serie de determinaciones (ver Tabla 1. Beckman Coulter hsTnI: 20 determinaciones frente a Roche Diagnostics hsTnT: 4 determinaciones), más la validación de la calibración con dos niveles de control para ambas técnicas.

Tabla 3. Coste real de cada determinación en ambas plataformas.

	hsTnI (Beckman)	hsTnT (Roche)
Test	9,07 €	4,98 €

B) ESTUDIO COMPARATIVO DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES EN NUESTRA POBLACIÓN

Se realiza la comparación de ambas troponinas ultrasensibles en nuestra población. Se registra la fecha de petición, sexo, edad, presencia/ausencia hemólisis, niveles de TnI, hsTnT y hsTnT y creatinina, junto con el diagnóstico clínico.

Se incluyen 157 pacientes (57% Hombres; 43% Mujeres), con una mediana de edad de 71,5 años (12-95). Un 20% presenta niveles de creatinina superior al intervalo de referencia, no se detecta interferencia a la hora de interpretar los resultados.

Un 3% de las muestras están hemolizadas, presentando la misma dirección en ambas (aumento en ambas o disminución en ambas). La hsTnT puede infravalorar los resultados en muestras hemolizadas. Los resultados en ambas técnicas son concordantes y similares, no obstante no es factible realizar regresión lineal dado que se trata de dos isoformas diferentes.

Clínicamente agrupamos los diagnósticos como presencia o ausencia de Isquemia Cardíaca (angina de reposo, SCASEST, SCACEST, dolor torácico con factores de riesgo, cardiopatía isquémica, Tako-Subo). Se observan elevaciones de troponina ultrasensible en las siguientes patologías o cuadros clínicos: bloqueo aurículoventricular, bradiarritmia, síncope, complicaciones trastorno cardíaco, ciertos dolores torácicos inespecíficos, edema de pulmón, fibrilación auricular, insuficiencia respiratoria, palpitaciones (bajo porcentaje de las tres últimas). No se observan elevaciones de troponina ultrasensible en ansiedad, apendicitis, bronquitis, dolor neuromuscular, EPOC, viriasis, faringitis, gastritis, insuficiencia respiratoria, neoplasia, palpitaciones, peritonitis, rectorragia.

Los datos de sensibilidad, especificidad, falsos positivos y falsos negativos en nuestra población son los que aparecen en la tabla 4:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Tabla 4. Estudio de sensibilidad y especificidad en ambas plataformas (S: Sensibilidad; E: Especificidad; FP: Falsos positivos; FN: Falsos Negativos).

	S (%)	E (%)	FP(%)	FN (%)	
hsTnT (Roche)	100	100	59	36	0
hsTnI (Beckman)	89	89	66	29	2

C) DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

Tras realizar la comparación atendiendo a los criterios planteados, se estableció que la troponina ultrasensible que mejor se adaptaba a nuestro laboratorio es la troponina T de Roche Diagnostics (hsTnT).

Previamente, el Servicio de Análisis Clínicos organizó una sesión sobre la utilidad de las troponinas ultrasensibles en el diagnóstico del Síndrome Coronario Agudo. La sesión la impartió el Dr. Aitor Alquézar-Arbé, médico del Servicio de Urgencias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, experto en el tema e investigador activo en la elaboración de los algoritmos planteados por las Sociedades Europeas y Españolas de Cardiología. Así mismo, el Dr. Antonio Martínez Oviedo, Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco, además de realizar una sesión clínica sobre el manejo de las troponinas ultrasensibles, elaboró un tríptico en el que recoge la información más relevante del "Dolor torácico en urgencias" (Anexo 1) en la práctica clínica. En nuestro centro, empezamos a trabajar con la troponina ultrasensibles el 05 de Junio del 2018. Unos días antes, la Dra. Adela Valero, Jefa del Servicio de Análisis Clínicos, distribuyó una nota recordatoria sobre el cambio de técnica y los detalles a interiorizar.

D) EVALUACIÓN DEL PROCESO

Se evalúa el proceso a través de la siguiente pregunta e indicadores.

a) ¿Existe la CKMB en la cartera urgente?

Esta disponible únicamente para los casos excepcionales en los que se quiera valorar un posible reinfarto, no para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con sospecha o confirmación de SCA/IM.

b) Indicador del proceso:

b1) Ratio Determinación CKMB/Troponina:

Antes de la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Enero- Mayo 2018):
Determinaciones CKMB (726)/ Determinaciones troponina I Convencional (987): 73,6 %

Desde la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Junio-Noviembre 2018):
Determinaciones CKMB (25)/ Determinaciones troponina T ultrasensible (1.152): 2,2 %

Este ratio nos da una idea del número de determinaciones realizadas donde se han informado dos biomarcadores.

b2) Peticiones (solicitudes) urgentes que contengan algún marcador de daño cardiaco CKMB versus peticiones urgentes que contengan sólo troponina

Antes de la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Enero- Mayo 2018):
Solicitudes de Troponina I convencional (sin CKMB) (268)/ Solicitudes totales de troponina (981): 27,3 %

Desde la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Junio-Noviembre 2018):
Solicitudes de Troponina T ultrasensible (sin CKMB) (997)/ Solicitudes troponina T ultrasensible (1.034): 96,4 %.

Las peticiones que tienen sólo troponina como marcador deberían ser la gran mayoría. Cuanto mayor sea el porcentaje, mayor es el grado de cumplimiento del requerimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. El perfil cardíaco empleado en nuestro centro, basado en la determinación de troponina, está adaptado a las Recomendaciones y la evidencia científica actual. Por lo que es fundamental que los profesionales clínicos y del laboratorio actualicen constantemente sus conocimientos.

2. La adaptación a las recomendaciones se realizó a través de la comunicación. Adicionalmente desde el Laboratorio de Urgencias, se anularon las determinaciones de Creatinin kinasa (CK), su isoforma MB (CKMB), la mioglobina y lactato deshidrogenas (LDH) que se solicitan bajo dicha sospecha, analizando la troponina ultrasensible. Las troponinas cardíacas constituyen el biomarcador de elección, especialmente las técnicas ultrasensibles.

3. Se considera necesario que antes de la implantación de una nueva técnica diagnóstica se realicen estudio en los que se valoren aspectos técnicos, clínicos y económicos.

4. La determinación de la técnica ultrasensible nos resulta más económica (4,98€) que la troponina convencional que se estaba empleando hasta la fecha (9,07 €).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

5. Para la correcta interpretación de la técnica es necesario valorar la cinética de evolución de la troponina dentro del contexto clínico.
6. Según la técnica de troponina utilizada puede ser necesario estandarizar los resultados por sexo, en el caso de la hs-TnT empleada no es necesario.
7. La troponina no se puede interpretar en muestras hemolizadas ya que infravalora el resultado (Falso negativo). Se solicita una nueva extracción desde el laboratorio de urgencias.
8. La evaluación del proceso a través de los indicadores utilizados nos informan que desde la implantación del nuevo protocolo de actuación basado únicamente en el empleo de la troponina ultrasensible se ha conseguido un mayor grado de cumplimiento, siendo prácticamente del 100 %.

7. OBSERVACIONES.

Se considera necesario seguir evaluando de forma prospectiva la demanda y el coste de los biomarcadores cardíacos en los próximos años, para ir detectando posibles áreas de mejora. Es fundamental la actualización de los conocimientos.

La introducción de estas técnicas aumenta la capacidad para el diagnóstico del SCA; sin embargo, se observan niveles elevados de troponinas en otras situaciones fisiopatológicas cardíacas y no cardíacas que se deben tener en cuenta y de ahí la gran importancia de interpretar los resultados dentro de la situación clínica de cada paciente.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/60 ===== ***

Nº de registro: 0060

Título
ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Autores:
FERNANDEZ LANDAZURI SARA, VALERO ADAN SARA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, SANLEHI VILA NURIA, MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO, MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, MONTON DITO JOSE MARIA, JURADO GOMEZ FELICIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el 2012, se publicó la última actualización sobre el Infarto de Miocardio (IM), definiendo dicha patología como la "Detección de un aumento y/o descenso de los valores de los biomarcadores cardíacos [preferiblemente troponina cardíaca] con al menos uno de los valores por encima del percentil 99 del límite de referencia superior y al menos una de las siguientes características:

1. Síntomas de isquemia
2. Cambio significativo en el segmento ST-onda T nuevos o presumiblemente nuevos o bloqueo de rama izquierda
3. Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG
4. Evidencia por imagen de pérdida de miocardio viable o anomalías regionales en la motilidad de la pared de nueva aparición
5. Identificación de un trombo intracoronario mediante angiografía o autopsia

Esta actualización otorga un papel clave a la determinación de troponina. El año pasado se solicitó un proyecto de mejora para valorar la utilidad de nuestro algoritmo para esta patología. Las conclusiones de nuestro proyecto fueron las siguientes:

1. El perfil cardíaco empleado, basado en la determinación de troponina, mioglobina, CKMB, LDH y CK está obsoleto y en necesario adaptarlo a las recomendaciones actuales.
2. Las troponinas cardíacas son el biomarcador de referencia para el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA). La troponina que empleamos actualmente, forma parte de las troponinas convencionales (Troponina I Beckman Coulter), alcanzando el 89,5% de Sensibilidad, 80,3% de Especificidad, Valor predictivo positivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

(VPP) 88% y negativo (VPN) del 83%. La prevalencia de SCA en nuestra población es de 6,17 %. No obstante, es interesante la implantación de las troponinas ultrasensibles con el fin de mejorar la sensibilidad. El resto de biomarcadores no superan el 70% de sensibilidad.
3. El coste total del perfil cardíaco empleado es de 73.434,19 €. Adaptando nuestro algoritmo clínico a las recomendaciones ahorrariamos un coste 50.000 €.

Nuestra propuesta, a vista de nuestras conclusiones es valorar la implantación de las troponinas ultrasensibles.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de nuestro estudio es elaborar de una forma multidisciplinar un nuevo algoritmo más efectivo para el diagnóstico de SCA/IM en ingresado o aquellos que acudan a los servicios de urgencias con sospecha de desarrollar dicha patología. Los objetivos secundarios son:

- a) Estudio comparativo de la troponina convencional empleada con dos troponinas ultrasensibles (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter).
- b) Implantar la troponina seleccionada en nuestro centro y elaborar un procedimiento de actuación con los servicios implicados basado en la evidencia científica.

MÉTODO

Las actividades a realizar son las siguientes:

1. Estudio comparativo de la troponina convencional y las troponinas ultrasensibles:

Comparar troponina ultrasensible para determinar en la plataforma del Access2 (Beckman) y cobas e411 (Roche). Se dispone de ambas plataformas en el laboratorio de urgencias. Seleccionar la troponina que mejor se adapte a las condiciones del servicio.

2. Implantación de la troponina y elaboración de un protocolo:

Una vez seleccionada la troponina con la que vamos a trabajar, se organizarán unas reuniones con facultativos clínicos responsables del diagnóstico y evolución de esta patología para elaborar un algoritmo.

INDICADORES

Planteamos realizar un análisis de coste efectividad de las troponinas estudiadas y un estudio que permita escoger la troponina que mejor se adapte a las condiciones de nuestro laboratorio de urgencia.

Una vez elaborado el protocolo, se evaluará el grado de adherencia al mismo.

DURACIÓN

La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es un 10-12 meses.

Febrero- Marzo 2018: Estudio comparativo de las troponina disponibles.

Abril- Junio 2018: Estudio de los algoritmos disponibles, reunión multidisciplinar con los Facultativos clínicos y del laboratorio.

Julio 2018- Noviembre 2018: Evaluación del algoritmo, detección de posibles fuentes de error y estrategias de mejora, e introducir adaptaciones al planteado inicialmente.

Diciembre 2018: 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 - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE SARA FERNANDEZ LANDAZURI
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALERO ADAN ADELA
SANLLEHI VILA NURIA
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO
MARTINEZ OVIEDO ANTONIO
MONTON DITO JOSE MARIA
JURADO GOMEZ FELICIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A) ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES

El objetivo es realizar un estudio comparativo de dos ensayos para la determinación de troponinas ultrasensibles o de alta sensibilidad (hsTnT) (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter).

La comparativa se basa en establecer la troponina que mejor se adapte a las condiciones de nuestro centro. Los aspectos a valorar son los siguientes:

1. Técnicos: Límite del Blanco, Límite de Detección, Límite de Cuantificación, intervalo de medición, establecimiento del percentil 99 de la población, calibración (determinaciones, intervalo de tiempo), duración del inmunoensayo, hemólisis, espacio físico y plataformas necesarias para el análisis.
2. Clínicos: definición de cambios significativos, algoritmos o paneles de decisión, puntos de corte, edad, género.
3. Coste: reactivos, calibradores, controles, suministros.

B) ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES EN NUESTRA POBLACIÓN

En un segundo paso, se analizan por ambas plataformas 104 muestras para la determinación de hsTn en 4 y 6 series analíticas respectivamente. Las muestras analizadas proceden de las peticiones de troponina I convencional (la empleada en el momento de la comparación). Las muestras se obtuvieron en suero (Vacuette tube), y tras realizar la analítica solicitada por el clínico de troponina I convencional, se congelaron y en un mismo ciclo de descongelación se analizaron en ambas plataformas de forma simultánea las troponinas ultrasensibles o de alta sensibilidad.

Se registraron los diagnósticos de los 104 pacientes a los que se analizó la troponina para evaluar la sensibilidad (S), especificidad (E) y los falsos positivos (FP) y negativos (FN) empleando los puntos de corte establecidos por los fabricantes. Se clasificaron los diagnósticos como presencia o no de isquémica miocárdica (angina de reposo, SCASEST, SCACEST, dolor torácico con factores de riesgo, cardiopatía isquémica, tako-Subo). Al tratarse de dos isoformas distintas (hsTnI, Beckman & hsTnT, Roche) no se puede realizar el análisis de regresión lineal ni el análisis de las diferencias (Bland-Altman).

C) DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

Una vez escogida la troponina ultrasensible más conveniente para nuestro centro atendiendo a todos los aspectos valorados, se comunicó a los clínicos implicados y se fijó un algoritmo que pueda ayudar al diagnóstico.

D) EVALUACIÓN DEL PROCESO

El seguimiento y la evaluación de adhesión al protocolo pactado de actuación se realiza a través de las recomendaciones del panel de expertos de la Asociación Española de Biopatología Médica-Medicina de Laboratorio (AEBM-ML) mediante indicadores y preguntas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A) ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES

Para realizar una correcta comparación entre ambos reactivos para la determinación de la troponina ultrasensible o de alta sensibilidad (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter) se evalúan parámetros técnicos, clínicos y de costes.

A1) Aspectos técnicos

Los aspectos a valorar se obtienen de la información proporcionada por las dos casas comerciales en la hoja de información del reactivo. Se revisaron previamente las definiciones de los conceptos, que se listan a continuación:

El límite de blanco (LoB) es la concentración más alta de troponina cardiaca que se puede encontrar en una muestra que no contiene el constituyente a medir. Estadísticamente se calcula con el límite de confianza unilateral al 95% del valor medio de la muestra analizada más 1,65 veces la desviación estándar (DE) de su medida.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

LoB = media (calibrador cero) + 1,645 × SD (calibrador).

El límite de detección (LoD) es la concentración más baja de troponina que se puede detectar en una muestra de baja concentración, aunque la cuantificación no sea exacta. Es una concentración mayor que el límite de blanco. Estadísticamente, se calcula como el límite de confianza unilateral al 95% del valor medio del LoB más 1,65 veces la DE de la muestra de baja concentración. Es decir, $LoD = media (blanco) + 2 \text{ ó } 3 \times SD (blanco)$. No existe consenso firme sobre el número de repeticiones por serie, en general, se refiere a 21 repeticiones. En Estados Unidos los laboratorios hasta 2017 no han podido informar troponinas cardiacas en el límite de detección porque los resultados disponibles (se utilizaban generaciones de ensayos anteriores a los de alta sensibilidad aprobados ese año) y los de POCT presentaban imprecisiones >20% en esta concentración. La FDA (Food and Drug Administration) sólo permite a los fabricantes informar resultados de troponinas cardiacas a concentraciones inferiores que la menor concentración que tiene una imprecisión total (CV = 20%).

El límite de cuantificación (LoQ) es la cantidad más baja de analito en una muestra que puede ser cuantificada con una precisión y exactitud aceptables, en condiciones experimentales establecidas. Matemáticamente es la concentración de troponina en la que el error de medida es del 5% (o en algunos métodos, el error que cumple el objetivo requerido o establecido, por ejemplo 10%). También tiene en cuenta el sesgo (diferencia con la sensibilidad funcional).

El percentil 99 es la concentración utilizada por las guías clínicas para el diagnóstico de SCA derivado de individuos aparentemente sanos en estudios desarrollados. Recomendaciones de la IFCC:
a) El valor dado por los fabricantes se considera aceptado, aunque se pueda determinar en nuestra población sana.
b) El percentil 99 en un ensayo de alta sensibilidad se debería medir con una imprecisión analítica = 10% CV.
c) Los métodos de alta sensibilidad deberían medir cTn por encima del límite de detección en más del 50% de individuos sanos.
e) El percentil 99 debe informarse en números enteros en ng/L.

En la Tabla 1 se especifica la comparación de ambas técnicas valorando parámetros junto a otros como son: intervalo de medición, sensibilidad, especificidad, tipo de muestra, efecto de la temperatura ambiental, número de test necesarios para la calibración, duración de la calibración, tiempo del ensayo, interferencia de la hemólisis, posible efecto Hook, valores de referencia poblacionales, puntos de decisión clínica, diferencia por sexos, estudios validados y el tiempo de vida del producto en el mercado.

El estudio comparativo de la información proporcionada por las casas comerciales demuestra que ambos métodos son de alta sensibilidad para determinar la troponina (alcanzando el 100% de sensibilidad con la plataforma de Roche), con parámetros buenos y aceptables. La hemólisis es una interferencia común en ambas técnicas siendo especialmente sensible para la plataforma de Roche.

Tabla 1. Estudio técnico comparativo (Troponina I de Beckman Coulter & Troponina T de Roche Diagnostics).

	hsTnI	hsTnT	
LoB	1,7 ng/L	3 ng/L (pg/mL)	
LoD	2,3 ng/L	5 ng/L	
LoQ	5,6 ng/L	13 ng/L (sensibilidad funcional)	
Intervalo de medición		1-27.027 ng/L	3-10.000 ng/L
Sensibilidad	84-90%	100 %	
Especificidad	92-99%	75%	
Tipo de muestra	Plasma y suero		Suero
Valor de referencia			
Sin estratificar sexo	17,5 ng/L		14 ng/L
Hombre:	19,8 ng/L	No diferencia	
Mujeres:	11,6 ng/L		
Efecto Tª ambiental	SI	NO	
Calibración	20 determinaciones	4 determinaciones	
Duración ensayo	17 minutos	9 minutos	
Interferencia hemólisis	Falsos positivos	Falsos negativos	
Seguimiento clínico	1-3 h 1º: Basal		
3-6 h	2º: 3 horas		
6-9 h	3º: 6 horas		
Designación decisión	Valor delta	Contexto clínico. Relativo	
(no fijo) ? 50% debajo del LQ (7 ng/L)			
? 20% encima del LQ			
Estudios validados	APACE		
APACE 2015			
TRAPID-AIM			
Tiempo en el mercado	2017	2010	

A2) Aspectos Clínicos

En este apartado contemplamos los siguientes aspectos: Algoritmos [cambio significativo (delta) y como definir en números absolutos o relativos delta, tiempos, cinética], sexo, género.

La troponina ultrasensible de Roche Diagnostics lleva muchos más años en el mercado y se han realizado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

múltiples estudios nacionales e internacionales para validar la técnica en las distintas poblaciones. Esta casa comercial plantea el algoritmo validado por la European Society of Cardiology. Beckman Coulter lanzó la troponina I de alta sensibilidad del año pasado y propone diferentes estrategias para establecer los valores de decisión según sensibilidades y especificidades, siendo la responsabilidad de cada laboratorio fijar los valores de decisión que considere más apropiados para su población.

Los valores de cTn aumentan con la edad especialmente por encima de los 60 años y son más elevados en la población masculina. A pesar de que la recomendación de la IFCC sugiere la estratificación del p99 por sexo biológico, y al menos, por dos bloques de edad, la mayoría de los estudios que han calculado los p99 de los inmunoanálisis que determinan troponinas se han realizado sin seguir estas recomendaciones. La posición al respecto es la siguiente:

- Roche Diagnostics: utiliza un único punto de corte hsTnT (segregar por sexos el p99 no mejora el pronóstico en nuestro entorno europeo, fijándose en 14 ng/L para ambos sexos).
- Beckmann Coulter: establece una diferencia por sexos y de forma global para la población (Hombre: 19,8 ng/L; Mujeres: 11,6 ng/L; Ambos: 17,5 ng/L).

A3) Aspectos económicos

Inicialmente se realizó el cálculo teórico del coste de cada determinación teniendo en cuenta los costes del reactivo, control, calibrador y suministros del equipo (Tabla 2).

Tabla 2. Coste de cada determinación en ambas plataformas.

	hsTnI	hsTnT
Reactivo	3,57 €	2,66 €
Calibrador	0 €	0 €
Control	0,5 €	0 €
Suministros	2 €	0 €
Test	6,07 €	2,66 €

A posteriori, se pudo determinar de una forma más precisa el coste de cada determinación, con datos reales de nuestro laboratorio (Tabla 3). Este coste está ajustado a todas las acciones que se llevan a cabo en el laboratorio para la entrega de un resultado veraz y exacto de troponina. A priori, podemos observar que los calibradores tienen un coste de 0 €; sin embargo esto no implica que la calibración sea 0 € puesto que para calibrar el autoanализador consume una serie de determinaciones (ver Tabla 1. Beckman Coulter hsTnI: 20 determinaciones frente a Roche Diagnostics hsTnT: 4 determinaciones), más la validación de la calibración con dos niveles de control para ambas técnicas.

Tabla 3. Coste real de cada determinación en ambas plataformas.

	hsTnI	hsTnT
Test	9,07 €	4,98 €

B) ESTUDIO COMPARATIVO DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES EN NUESTRA POBLACIÓN

Se realiza la comparación de ambas troponinas ultrasensibles en nuestra población. Se registra la fecha de petición, sexo, edad, presencia/ausencia hemólisis, niveles de TnI, hsTnT y hsTnT y creatinina, junto con el diagnóstico clínico.

Se incluyen 157 pacientes (57% Hombres; 43% Mujeres), con una mediana de edad de 71,5 años (12-95). Un 20% presenta niveles de creatinina superior al intervalo de referencia, no se detecta interferencia a la hora de interpretar los resultados.

Un 3% de las muestras están hemolizadas, presentando la misma dirección en ambas (aumento en ambas o disminución en ambas). La hsTnT puede infravalorar los resultados en muestras hemolizadas. Los resultados en ambas técnicas son concordantes y similares, no obstante no es factible realizar regresión lineal dado que se trata de dos isoformas diferentes.

Clinicamente agrupamos los diagnosticos como presencia o ausencia de Isquemia Cardíaca (angina de reposo, SCASEST, SCACEST, dolor torácico con factores de riesgo, cardiopatía isquémica, Tako-Subo). Se observan elevaciones de troponina ultrasensible en las siguientes patologías o cuadros clínicos: bloqueo aurículoventricular, bradiarritmia, síncope, complicaciones trastorno cardiaco, ciertos dolores torácicos inespecíficos, edema de pulmón, fibrilación auricular, insuficiencia respiratoria, palpitaciones (bajo porcentaje de las tres últimas). No se observan elevaciones de troponina ultrasensible en ansiedad, apendicitis, bronquitis, dolor neuromuscular, EPOC, viriasis, faringitis, gastritis, insuficiencia respiratoria, neoplasia, palpitaciones, peritonitis, rectorragia.

Los datos de sensibilidad, especificidad, falsos positivos y falsos negativos en nuestra población son los que aparecen en la tabla 4:

Tabla 4. Estudio de sensibilidad (S), especificidad (E), Falsos positivos (FP) y Falsos negativos (FN) en ambas plataformas.

	S (%)	E (%)	FP (%)	FN (%)
hsTnI	89	66	29	2
hsTnT (Roche)	100	59	36	0

C) DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Tras realizar la comparación atendiendo a los criterios planteados, se estableció que la troponina ultrasensible que mejor se adaptaba a nuestro laboratorio es la troponina T de Roche Diagnostics (hsTnT).

Previamente, el Servicio de Análisis Clínicos organizó una sesión sobre la utilidad de las troponinas ultrasensibles en el diagnóstico del Síndrome Coronario Agudo. La sesión la impartió el Dr. Aitor Alquézar-Arbé, médico del Servicio de Urgencias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, experto en el tema e investigador activo en la elaboración de los algoritmos planteados por las Sociedades Europeas y Españolas de Cardiología. Así mismo, el Dr. Antonio Martínez Oviedo, Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco, además de realizar una sesión clínica sobre el manejo de las troponinas ultrasensibles, elaboró un tríptico en el que recoge la información más relevante del "Dolor torácico en urgencias" en la práctica clínica. En nuestro centro, empezamos a trabajar con la troponina ultrasensibles el 05 de Junio del 2018. Unos días antes, la Dra. Adela Valero, Jefa del Servicio de Análisis Clínicos, distribuyó una nota recordatoria sobre el cambio de técnica y los detalles a interiorizar.

D) EVALUACIÓN DEL PROCESO

Se evalúa el proceso a través de la siguiente pregunta e indicadores.

a) ¿Existe la CKMB en la cartera urgente?

Esta disponible únicamente para los casos excepcionales en los que se quiera valorar un posible reinfarto, no para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con sospecha o confirmación de SCA/IM.

b) Indicador del proceso:

b1) Ratio Determinación CKMB/Troponina:

Antes de la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Enero- Mayo 2018):

Determinaciones CKMB (726)/ Determinaciones troponina I Convencional (987): 73,6 %

Desde la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Junio-Noviembre 2018):

Determinaciones CKMB (25)/ Determinaciones troponina T ultrasensible (1.152): 2,2 %

Este ratio nos da una idea del número de determinaciones realizadas donde se han informado dos biomarcadores.

b2) Peticiones (solicitudes) urgentes que contengan algún marcador de daño cardíaco CKMB versus peticiones urgentes que contengan sólo troponina

Antes de la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Enero- Mayo 2018):

Solicitudes de Troponina I convencional (sin CKMB) (268)/ Solicitudes totales de troponina (981): 27,3 %

Desde la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Junio-Noviembre 2018):

Solicitudes de Troponina T ultrasensible (sin CKMB) (997)/ Solicitudes troponina T ultrasensible (1.034): 96,4 %.

Las peticiones que tienen sólo troponina como marcador deberían ser la gran mayoría. Cuanto mayor sea el porcentaje, mayor es el grado de cumplimiento del requerimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. El perfil cardíaco empleado en nuestro centro, basado en la determinación de troponina, está adaptado a las Recomendaciones y la evidencia científica actual. Por lo que es fundamental que los profesionales clínicos y del laboratorio actualicen constantemente sus conocimientos.

2. La adaptación a las recomendaciones se realizó a través de la comunicación. Adicionalmente desde el Laboratorio de Urgencias, se anularon las determinaciones de Creatinina quinasa (CK), su isoforma MB (CKMB), la mioglobina y lactato deshidrogenasa (LDH) que se solicitan bajo dicha sospecha, analizando la troponina ultrasensible. Las troponinas cardíacas constituyen el biomarcador de elección, especialmente las técnicas ultrasensibles.

3. Se considera necesario que antes de la implantación de una nueva técnica diagnóstica se realicen estudio en los que se valoren aspectos técnicos, clínicos y económicos.

4. La determinación de la técnica ultrasensible nos resulta más económica (4,98€) que la troponina convencional que se estaba empleando hasta la fecha (9,07 €).

5. Para la correcta interpretación de la técnica es necesario valorar la cinética de evolución de la troponina dentro del contexto clínico.

6. Según la técnica de troponina utilizada puede ser necesario estandarizar los resultados por sexo, en el caso de la hs-TnT empleada no es necesario.

7. La troponina no se puede interpretar en muestras hemolizadas ya que infravalora el resultado (Falso negativo). Se solicita una nueva extracción desde el laboratorio de urgencias.

8. La evaluación del proceso a través de los indicadores utilizados nos informan que desde la implantación del nuevo protocolo de actuación basado únicamente en el empleo de la troponina ultrasensible se ha conseguido un mayor grado de cumplimiento, siendo prácticamente del 100 %.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Se considera necesario seguir evaluando de forma prospectiva la demanda y el coste de los biomarcadores cardíacos en los próximos años, para ir detectando posibles áreas de mejora. Es fundamental la actualización de los conocimientos. La introducción de estas técnicas aumenta la capacidad para el diagnóstico del SCA; sin embargo, se observan niveles elevados de troponinas en otras situaciones fisiopatológicas cardíacas y no cardíacas que se deben tener en cuenta y de ahí la gran importancia de interpretar los resultados dentro de la situación clínica de cada paciente.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/60 ===== ***

Nº de registro: 0060

Título
ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Autores:
FERNANDEZ LANDAZURI SARA, VALERO ADAN SARA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, SANLLEHI VILA NURIA, MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO, MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, MONTON DITO JOSE MARIA, JURADO GOMEZ FELICIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el 2012, se publicó la última actualización sobre el Infarto de Miocardio (IM), definiendo dicha patología como la "Detección de un aumento y/o descenso de los valores de los biomarcadores cardíacos [preferiblemente troponina cardíaca] con al menos uno de los valores por encima del percentil 99 del límite de referencia superior y al menos una de las siguientes características:

1. Síntomas de isquemia
2. Cambio significativo en el segmento ST-onda T nuevos o presumiblemente nuevos o bloqueo de rama izquierda
3. Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG
4. Evidencia por imagen de pérdida de miocardio viable o anomalías regionales en la motilidad de la pared de nueva aparición
5. Identificación de un trombo intracoronario mediante angiografía o autopsia

Esta actualización otorga un papel clave a la determinación de troponina. El año pasado se solicitó un proyecto de mejora para valorar la utilidad de nuestro algoritmo para esta patología. Las conclusiones de nuestro proyecto fueron las siguientes:

1. El perfil cardíaco empleado, basado en la determinación de troponina, mioglobina, CKMB, LDH y CK está obsoleto y es necesario adaptarlo a las recomendaciones actuales.
2. Las troponinas cardíacas son el biomarcador de referencia para el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA). La troponina que empleamos actualmente, forma parte de las troponinas convencionales (Troponina I Beckman Coulter), alcanzando el 89,5% de Sensibilidad, 80,3% de Especificidad, Valor predictivo positivo (VPP) 88% y negativo (VPN) del 83%. La prevalencia de SCA en nuestra población es de 6,17 %. No obstante, es interesante la implantación de las troponinas ultrasensibles con el fin de mejorar la sensibilidad. El resto de biomarcadores no superan el 70% de sensibilidad.
3. El coste total del perfil cardíaco empleado es de 73.434,19 €. Adaptando nuestro algoritmo clínico a las recomendaciones ahorraríamos un coste 50.000 €.

Nuestra propuesta, a vista de nuestras conclusiones es valorar la implantación de las troponinas ultrasensibles.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de nuestro estudio es elaborar de una forma multidisciplinar un nuevo algoritmo más efectivo para el diagnóstico de SCA/IM en ingresado o aquellos que acuden a los servicios de urgencias con sospecha de desarrollar dicha patología. Los objetivos secundarios son:

- a) Estudio comparativo de la troponina convencional empleada con dos troponinas ultrasensibles (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter).
- b) Implantar la troponina seleccionada en nuestro centro y elaborar un procedimiento de actuación con los servicios implicados basado en la evidencia científica.

MÉTODO

Las actividades a realizar son las siguientes:

1. Estudio comparativo de la troponina convencional y las troponinas ultrasensibles:

Comparar troponina ultrasensible para determinar en la plataforma del Access2 (Beckman) y cobas e411 (Roche). Se dispone de ambas plataformas en el laboratorio de urgencias. Seleccionar la troponina que mejor se adapte a las condiciones del servicio.

2. Implantación de la troponina y elaboración de un protocolo:

Una vez seleccionada la troponina con la que vamos a trabajar, se organizarán unas reuniones con facultativos clínicos responsables del diagnóstico y evolución de esta patología para elaborar un algoritmo.

INDICADORES

Planteamos realizar un análisis de coste efectividad de las troponinas estudiadas y un estudio que permita escoger la troponina que mejor se adapte a las condiciones de nuestro laboratorio de urgencia.

Una vez elaborado el protocolo, se evaluará el grado de adherencia al mismo.

DURACIÓN

La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es un 10-12 meses.

Febrero- Marzo 2018: Estudio comparativo de las troponina disponibles.

Abril- Junio 2018: Estudio de los algoritmos disponibles, reunión multidisciplinar con los Facultativos clínicos y del laboratorio.

Julio 2018- Noviembre 2018: Evaluación del algoritmo, detección de posibles fuentes de error y estrategias de mejora, e introducir adaptaciones al planteado inicialmente.

Diciembre 2018: 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 - 2018/0267

1. TÍTULO

REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO MENDEZ ARREDONDO
· Profesión QUIMICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA
MORATA HERNANDEZ LUCIA
ALEGRE DEL CAMPO MARIA TERESA
MUÑOZ DOMINGO ARANTXA
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para estimar la extensión del error preanalítico que supone la incompleta recolección de la orina de 24 horas y el coste para solucionarlo, en una gran proporción, se realizaron las siguientes actividades:

- Se formuló la siguiente hipótesis de trabajo: "En nuestro laboratorio tenemos un error preanalítico, que se manifiesta en las frecuencias de las diuresis 2 y 4 L de la orina de 24 horas, y es debido a una recogida incompleta de dicha orina causada porque los pacientes dejan de recogerla o la desechan cuando se llena el bote".
 - Se determinaron todas las frecuencias porcentuales de las diuresis de orina de 24 horas entre los años 2013 y 2017 recogidas en todo el Sector Teruel y mediante extrapolación por el método de mínimos cuadrados se estimó el error preanalítico de recogida incompleta.
 - Se recogieron datos sobre la gran variedad de tipos de botes de recogida de orina de 24 horas que llegan a nuestro laboratorio (volumen, eficacia en evitar derrames durante el transporte y frecuencia de llegada al laboratorio).
 - Dada la complejidad de la recogida de orina de 24 horas y la gran variedad de centros y servicios que nos envían dichas muestras. Con el fin de tener una base de comparación, de conocer el grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre la recogida de dicha orina que nos ofrecen las guías de práctica clínica y de obtener sugerencias, de profesionales sanitarios ajenos al laboratorio, para la mejora de dicha recogida se elaboró una encuesta de calidad para el personal sanitario de primaria y de especializada sobre esta recogida. Asimismo, con fines análogos y con el fin de tener una idea del porcentaje de diferentes errores preanalíticos presentes durante la recolección de esta orina, se realizó una encuesta de calidad a los pacientes sobre dicha recogida.
 - En base al resultado obtenido en el punto anterior, se determinó, para cada centro de salud y para cada servicio de nuestro hospital (dividiendo los servicios en consultas y planta) la frecuencia porcentual de las diuresis 2 y 4 L de las orinas de 24 horas recibidas entre los años 2013 y 2017.
 - Con el fin de valorar la importancia de este error y reducirlo, se propuso implementar el modelo Seis Sigma como metodología de mejora. Para ello:
 - ? En primer lugar, se reconoció que un porcentaje importante de pacientes no traían al laboratorio el volumen total de orina miccionado durante 24 horas.
 - ? Posteriormente se procedió a definir este error, considerando cualquier frecuencia de diuresis mayor a la naturalmente esperada como un defecto.
 - ? Durante la fase de medida, del modelo Seis Sigma, se estableció la existencia del total de defectos por millón de oportunidades.
 - ? Tras analizar la situación se obtuvieron las conclusiones.
 - ? Se propusieron, en orden de importancia, las siguientes mejoras:
 - I. La sustitución de los actuales botes de recogida de orina de 24 horas por otros que posean una capacidad de 3 L.
 - II. La entrega al paciente de instrucciones escritas de recogida de orina de 24 horas con viñetas fáciles de entender.
 - III. La formación del personal sanitario encargado de explicar a los pacientes las instrucciones de recogida de dicha orina.
 - ? Se monitorizó el error de recogida incompleta después de implementar las mejoras en determinados servicios/centros.
- Por otro lado, cumplimos con nuestro calendario marcado pero debido a la continua obtención de datos, decidimos recoger estos datos y analizarlos durante toda la duración del proyecto.
Para realizar este proyecto se utilizaron los recursos informáticos del laboratorio (S.I.L., excell, word).
Además, obtuvimos la total colaboración del personal del laboratorio y del personal sanitario de especializada (en especial la del servicio de Nefrología).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En base a que a nuestro laboratorio llegan muchas más muestras de orinas de 24 horas con una diuresis de 2 L de lo que cabría esperar, formulemos la siguiente hipótesis de trabajo: "En nuestro laboratorio tenemos un error preanalítico, que se manifiesta en las frecuencias de las diuresis 2 y 4 L de la orina de 24 horas, y es debido a una recogida incompleta de la orina de 24 horas causada porque los pacientes dejan de recoger orina o la desechan cuando se llena el bote de 2 L."
Para demostrar esta hipótesis se calculó la distribución de frecuencias de volúmenes de orinas recogidas durante 24 horas en el Sector Teruel entre los años 2013 y 2017 y se vio que estas son similares a lo largo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0267

1. TÍTULO

REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

de los años. En todos estos años, mediante extrapolación por el método de mínimos cuadrados, se observa que las frecuencias de 2 y 4 L son unas 5 veces mayor de lo esperado. Esto equivale al 12,2 y al 0,7% de todas las muestras recogidas respectivamente. Es decir, teniendo en cuenta únicamente este error de recogida incompleta, aproximadamente el 13% de los resultados de los análisis de las orinas de 24 horas de nuestro laboratorio son erróneos.

Además, observemos que el 91% de los botes de orina de 24 horas que llegan a nuestro laboratorio son de 2 L (hay varios modelos de estos botes, por ejemplo uno de ellos tiene 2 tapas y si no se cierra con las 2 tapas ya sea por olvido o porque se tiro la tapa, entonces la orina se derrama), el 8,7% de los botes son de 1,5 L y el 0,3% son de 3 L. Asimismo, el 5,8% de las muestras de orina de 24 horas nos llegan derramadas, bien porque el bote está mal cerrado o porque el paciente no cerro el bote con las 2 tapas en el caso de que el bote tenga 2 tapas.

La encuesta, sobre la recolección de orina de 24 horas, entre el personal de consultas externas mostró que:

1. El 100% de los encuestados respondió que al paciente se le explica verbalmente como recoger esta orina.

2. El 45% respondió que la persona que explica como recoger dicha orina es un médico, el 9% que es un enfermero y el resto contesto que es un médico, o un enfermero, o un auxiliar de enfermería.

3. El 82% respondió que al paciente no se le entregan instrucciones escritas de recogida.

4. El 55% de los encuestados valora no solicitar el análisis de orina de 24 horas en casos previsibles de recogida incompleta de dicha muestra. (El 9% de los encuestados solicitan el aclaramiento de creatinina y otro 9% el cociente albumina/creatinina).

5. El 83% de los encuestados que contestaron afirmativamente a la pregunta anterior, afirman solicitar una prueba alternativa en caso de existir dicha prueba.

6. El 82% respondió que al paciente no se le entrega un bote de recogida.

7. Las sugerencias de mejora que nos hicieron llegar los encuestados son:

- Instrucciones escritas facilitadas por el personal del laboratorio al entregar el bote de recogida (en el caso que el paciente este en hospital).

- Entregar recipientes para recogida de muestras en citaciones, como se hace en el H. Miguel Servet, H Clínico, Lozano Blesa y centros de especialidades de esos hospitales.

Desafortunadamente, la encuesta, sobre la recolección de orina de 24 horas, entre el personal de atención primaria no obtuvo ninguna respuesta.

La encuesta, sobre la recolección de orina de 24 horas, entre los pacientes (procedentes en su mayoría de especializada) que entregaron dicha orina en el laboratorio mostró que:

1. El 19% de los encuestados procedentes de especializada (20%, de nefrología) era la primera vez que recogían orina de 24 horas. Mientras que los de primaria, el 67%.

2. El 89% de los encuestados procedentes de especializada (73%, de nefrología) respondió que le explicaron como recoger la orina de 24 horas. Mientras que los de primaria, el 100%.

3. El 38% de los encuestados procedentes de especializada (20%, de nefrología) respondió que le entregaron instrucciones escritas de recogida. Mientras que los de primaria, el 67%.

4. El 86% de los encuestados procedentes de especializada (73%, de nefrología) afirma que comprendió totalmente las instrucciones de recogida. Mientras que de primaria, el 67%.

5. El 92% de los encuestados procedentes de especializada (80%, de nefrología) afirma que siguió las recomendaciones de recogida. Mientras que los de primaria, el 100%.

6. El 89% de los encuestados procedentes de especializada (93%, de nefrología) afirma que recogió toda la orina. Mientras que los de primaria, el 83%.

7. El 43% de los encuestados procedentes de especializada (33%, de nefrología) necesito más de un bote de orina. Mientras que los de primaria, el 17%.

8. El 95% de los encuestados procedentes de especializada (93%, de nefrología) trajo todos los botes.

Mientras que los de primaria, el 83%.

9. El 73% de los encuestados procedentes de especializada (60%, de nefrología) no guardo el bote en la nevera durante la recogida. Mientras que los de primaria, el 50%.

Se calculo el tamaño muestral necesario para que nuestro estudio sea adecuado para una proporción próxima al 12%, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, obteniéndose que se requieren al menos 163 muestras de orinas de 24 horas.

Una vez demostrada la hipótesis de trabajo y con el objeto de conocer la extensión del error de recogida incompleta entre los diferentes centros de salud y servicios de nuestro hospital, se determinó, para cada centro de salud y para cada servicio de nuestro hospital (dividiendo los servicios en consultas y planta) la frecuencia porcentual de las diuresis 2 y 4 L de la orina de 24 horas recibidas en nuestro laboratorio entre los años 2013 y 2017. Se vio que en primaria este error es del 11,7% (2,7 sigmas) y que en la mayoría de los centros de atención primaria este error es similar a la media (13%). Destaca el centro de salud de Monreal con un error del 7% y en el lado opuesto los centros de salud de Mora y Sarrión con errores del 15 y 14% respectivamente. Por otro lado, se vio que en consultas externas este error es del 15,4 % (2,6 sigmas) y que en la mayoría de las consultas externas es similar a la media (13%). Destaca Medicina Interna con un error del 7% y en el lado opuesto Reumatología con un error del 16%. En cuanto a las plantas de nuestro hospital, que nos envían suficiente número de muestras como para obtener resultados estadísticamente significativos, se vio que este error fue aproximadamente del 4%. Destaca la U.C.I. en la que no se observó dicho error. Al comparar los porcentajes de error de primaria con los de consultas externas se vieron diferencias significativas con un nivel de confianza del 95%.

Para tener una mejor idea de la extensión del error, se determino que porcentaje de las orinas de 24 horas recibidas entre los años 2013 y 2017 procedía de cada centro y servicio. Obteniéndose que el 37% de las orinas de 24 horas procedían de primaria (el 6'5 y 5'8% procedían de los centros de salud Teruel ensanche y centro respectivamente, el 3'6, 3'5, 3'2, y 3'0% procedían de Calamocha, Monreal, Alfambra y Utrillas respectivamente, el 1'6, 1'5, 1'5, 1'3, 1'3, 1'2 y 1,0% procedían de Santa Eulalia, Bagueña, Cella, Mora, Sarrión, Aliaga y Albarracín respectivamente y en un porcentaje menor del 1% procedían de Ademuz, Cantavieja,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0267

1. TÍTULO

REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

Cedrillas, Mosqueruela, Vilel y Checa). Por otro lado, el 35,6% de las orinas de 24 horas procedían de Nefrología, el 13,5% de Endocrinología, el 3,3% de Medicina Interna, el 2,4 y el 2,2% de Reumatología y de la U.C.I. respectivamente, el 1,4, 1,1 y 1,0% de Digestivo, de otros centros y de Hematología respectivamente y en un porcentaje menor del 1% procedían de Cardiología, Cirugía, Ginecología, Hospital Miguel Servet, Hospital provincial Teruel, Pediatría y Urología. Por tanto, debido al elevado peso de Nefrología, los resultados obtenidos del servicio de Nefrología sesgaron las medias hacia dicho servicio.

Una vez detectada, cuantificada y conocida la extensión del error de recogida incompleta, para conocer de forma objetiva la importancia de este error y posteriormente reducirlo se implementó el modelo Seis Sigma como metodología de mejora. Como resultado, se obtuvo que el rendimiento del procedimiento de recogida de la orina de 24 horas, en el área sanitaria de Teruel entre los años 2013 y 2017 fue inaceptable (de 2,6 en una escala de 6 sigmas). Es importante tener en cuenta que una sigma de 3 representa el mínimo de calidad aceptable para todo proceso general y que un valor sigma de 6 constituye el nivel óptimo al que todo procedimiento debe aspirar. Con el objeto de conocer el rendimiento del procedimiento de recogida, en los diferentes centros de salud y servicios de nuestro área, se calculó el nivel de calidad sigma de dicho proceso en cada centro y servicio. Los resultados obtenidos muestran que en todos los centros de salud el rendimiento del procedimiento de recogida fue inaceptable (<3 sigmas), excepto en los centros de salud de Monreal y Calamocha en los que el rendimiento fue mínimamente aceptable (3,1 y 3,0 sigma respectivamente). Así mismo, los resultados obtenidos muestran que en todas las consultas externas el rendimiento del procedimiento de recogida fue inaceptable (<3 sigmas), excepto en Medicina Interna en el que fue mínimamente aceptable (3,0 sigmas). Por otro lado, dichos resultados también muestran que en la U.C.I. el rendimiento del procedimiento de recogida fue óptimo (no se observó ningún error). Además, en las plantas de Medicina Interna y Nefrología el rendimiento fue mínimamente aceptable (3,1 y 3,2 sigmas respectivamente) y llama la atención que en las plantas, que nos envían suficiente número de muestras como para obtener resultados estadísticamente significativos, el rendimiento fue mínimamente aceptable y no inaceptable como en la mayoría de los centros de salud y de consultas externas.

Mediante extrapolación por el método de mínimos cuadrados se deduce que la utilización de un bote de orina de 3 L reduciría el error de recogida incompleta desde el 12,7% hasta el 2%. Lo cual es lógico ya que el número de pacientes que orinan una diuresis mayor que 3 L es unas 5-6 veces menor que el de los que orinan más de 2.

Una vez analizado el problema y obtenidas las conclusiones se llevaron a cabo las siguientes mejoras:

- **BOTES ADECUADOS:** Se solicitó a compras, contenedores de plástico de 3 L, de boca ancha y opacos. (Estamos pendientes de la aceptación por compras).
- **INSTRUCCIONES ESCRITAS:** Con el fin de acompañar las instrucciones orales, se enviaron a todos los centros de salud instrucciones escritas de recogida de orina de 24 horas con viñetas fáciles de entender para que se las entregaran a los pacientes.
- **FORMACIÓN:** En colaboración con el servicio de Nefrología, hicimos unas instrucciones escritas de recogida de orina de 24 horas lo más cómodas posible (buscando la máxima colaboración de los pacientes) y con viñetas fáciles de entender para que se las entregaran a los pacientes de Nefrología. También resolvimos una única duda que tenían los nefrólogos en dicha recogida. Esto supone que a los pacientes de consultas externas de Nefrología se les facilita unas instrucciones escritas lo más fáciles de entender y cómodas posible, explicadas oralmente por un equipo de nefrólogos altamente motivados, que son conscientes de la problemática que conlleva la recogida de dicha orina y que conocen a la perfección las normas de recogida.

A pesar de no contar con los botes de 3 L debido a que los trámites necesarios requieren al menos un año, para continuar con la implementación del modelo Seis Sigma, se monitorizó el error de recogida incompleta en primaria y en el servicio de Nefrología ya que estas fueron las unidades elegidas para ver la eficacia de 2 de las mejoras. Obteniéndose los siguientes resultados:

- El porcentaje del error de recogida incompleta en las consultas externas de Nefrología paso del 15,5 al 12,2% (porcentajes estadísticamente diferentes con un nivel de confianza del 95%). Con lo que el rendimiento del procedimiento de recogida mejoro de 2,6 sigmas (inaceptable) a 2,7 sigmas (inaceptable).
- El porcentaje del error de recogida incompleta en primaria paso del 11,7 al 10,3% (no estadísticamente diferentes con un nivel de confianza del 95%). Con lo que el rendimiento del procedimiento de recogida paso de 2,7 sigmas (inaceptable) a 2,8 sigmas (inaceptable).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una crítica que le hacemos al índice de calidad elegido (frecuencia de las diuresis) es que dicho índice no tiene en cuenta el uso de absorbentes, el derrame accidental o el olvido que puede causar que parte de la orina no se recoja. No obstante, la posibilidad de reducir un error tan grande (13%) justifica sobradamente el uso de dicho índice ante la ausencia de uno mejor.

Las principales conclusiones son:

- En todos los centros de salud, excepto en los de Monreal y Calamocha, y en todas las consultas externas, excepto en la de Medicina Interna, el rendimiento del procedimiento de recogida fue inaceptable (<3 sigmas). Lo cual indica que se deben tomar medidas para conseguir que en todas las unidades de nuestro Área se consiga un procedimiento de recogida al menos mínimamente aceptable (3 sigmas).
- En el conjunto de las plantas este error es del 6,5% (3,1 sigmas), en primaria del 11,7% (2,7 sigmas) y en consultas externas del 15,4 % (2,6 sigmas). Lo cual lo atribuimos a que tanto en plantas como en primaria al paciente se le entregan los botes que el paciente dice necesitar y en consultas externas el paciente compra cualquier tipo de bote en farmacias. Y a que en plantas el paciente puede preguntar dudas en cualquier momento al personal sanitario y en los otros 2 casos solo en el momento de la explicación del médico (hay que tener en cuenta que la población de Teruel está envejecida y que la memoria se va perdiendo con la edad). También, a que según la encuesta, un mayor porcentaje de pacientes de primaria que de consultas externas recibe instrucciones escritas. Es decir, vemos que el entregar al paciente los botes que necesite (a pesar de no tener un volumen de 3 L) reduce el error. Y que cuanto mayor es la atención que presta el personal sanitario a la recogida, menor es el error. Y además, estas 2 medidas son aditivas.
- Se puede observar que en algunos centros de salud y servicios el error de recogida es significativamente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0267

1. TÍTULO

REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

menor que en otros debido probablemente a que el personal sanitario y/o los pacientes estén más implicados en la correcta recogida.

- En la U.C.I. no existe el error de recogida incompleta debido a que prácticamente todos los pacientes están sondados, por lo que la orina se va recogiendo en bolsa o cajetín y después el personal sanitario lo trasvasa a un recipiente.
- La formación junto con la entrega al paciente de instrucciones escritas lo más comprensibles y cómodas posibles, reducen significativamente el error de recogida incompleta, pero no lo suficiente como para asegurar una calidad mínima.

En base a los resultados obtenidos, es de preveer que los botes de 3 L reducirán el error drásticamente desde el 13% hasta el 2%, lo que supondría pasar de un rendimiento del procedimiento de recogida de 2,6 (inaceptable) a 3,6 sigmas (medio). Además, que el paciente reciba, en el laboratorio o en su centro de salud, unas instrucciones escritas sencillas con viñetas junto con el bote de recogida de 3 L y que tenga otra oportunidad de preguntar (o llamarnos por teléfono) sobre cualquier duda acerca de la recogida, probablemente supondrá un rendimiento de dicho procedimiento en torno a 4 sigmas (medio).

Se han cumplido todos los objetivos excepto la obtención de botes de 3 L que está pendiente del servicio de compras.

La implementación de un sistema de cribado con tira reactiva, en nuestra sección de orinas, ha supuesto que desde el inicio del año 2018 se ahorren 16.210 Euros/año, pudiéndose así destinar los limitados recursos a otros fines. Por otro lado, como se señala en la bibliografía, este tipo de cambio siempre resulta coste-efectivo.

Teniendo en cuenta que en nuestro laboratorio se analizan 2226 orinas de 24 horas/año, el coste de los botes de 3 L y por tanto el coste de llevar a cabo este proyecto es de unos 2114 Euros/año. Lo cual supone un 13% de todo lo que estamos ahorrado en nuestra sección de orinas al implantar el sistema de cribado anteriormente mencionado, por lo que la sostenibilidad del proyecto es viable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/267 ===== ***

Nº de registro: 0267

Título
REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

Autores:
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, FERNANDEZ LANDAZURI SARA, MORATA HERNANDEZ LUCIA, ALEGRE DEL CAMPO MARIA TERESA, MUÑOZ DOMINGO ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Diferentes enfermedades
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El laboratorio clínico participa en un alto porcentaje de decisiones clínicas e influye por tanto en la seguridad del paciente. Las investigaciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente tienen por objeto encontrar soluciones que permitan identificar errores para poder prevenir posibles daños a los mismos.

- Esto conlleva un ciclo de investigación que comprende una serie de características:
1. Determinar la magnitud del daño y el número y tipos de eventos adversos que perjudican a los pacientes.
 2. Entender las causas fundamentales de esos daños ocasionados a los pacientes.
 3. Encontrar soluciones para conseguir que la atención sanitaria sea más segura.
 4. Evaluar el impacto de las soluciones en situaciones de la vida real.

En la etapa preanalítica se producen entre el 75 y el 80% de los errores que ocurren en todo proceso analítico. Una fase preanalítica segura es condición indispensable para garantizar unos resultados de calidad. La evaluación y mejora de los procesos preanalíticos es una necesidad de primera línea, ya que una fase preanalítica segura, cuyo pilar es la toma de muestras, es indispensable para obtener unos resultados de calidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0267

1. TÍTULO

REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

Según los resultados del estudio ENEAS, un 25-30% de los errores del laboratorio repercuten sobre el cuidado del paciente y un 6-10% causan efectos adversos, de los cuales el 75-84% podrían haberse prevenido.

El uroanálisis es una parte integral de los tests del laboratorio. Su utilidad esta probada en el diagnóstico de enfermedades (enfermedades del riñón, del tracto urinario, del hígado, así como en desordenes metabólicos tales como la diabetes), en la monitorización de la efectividad del tratamiento de problemas crónicos, y en el cribado de condiciones asintomáticas.

La recolección, transporte y almacenaje de la muestra de orina son tan importantes como el uroanálisis. Por tanto, muestras adecuadamente obtenidas y manejadas mejoran la calidad y la fiabilidad de los resultados del uroanálisis. En el caso de muestras de orina de 24 horas, se requiere la recogida completa de la orina durante 24 horas debido a que muchos analitos presentan variaciones circadianas. Por tanto, la falta de recogida de una o varias fracciones de orina implica un error preanalítico que pudiera tener efectos adversos o repercutir sobre el cuidado del paciente.

La cantidad promedio de orina emitida por un individuo adulto sano es de aproximadamente 1 mL/Kg por hora, o aproximadamente 1,5 L en un periodo de 24 horas. Sin embargo, tanto en el laboratorio como en nefrología se ha detectado que el valor de diuresis 2 L es muchísimo más frecuente de lo que debiera ser. El origen de este error preanalítico podría estar relacionado con la gran variedad de botes de orinas de 24 horas que llegan al laboratorio sobre los cuales no existe ningún tipo de control por parte del mismo; no tenemos control ni sobre el volumen, ni sobre el material con el que están contruidos los botes que podría adsorber el analito...

RESULTADOS ESPERADOS

Evaluar la causa y extensión del error preanalítico reiterado que se detecta mediante una diuresis de 2 L anormalmente frecuente. Y asimismo, Realizar propuestas que eliminen o reduzcan drásticamente este error preanalítico que pudiera tener efectos adversos o repercutir sobre el cuidado del paciente. Y finalmente, aunque no menos importante, Tratar de implementar dichas propuestas.

MÉTODO

Las actividades a realizar son las siguientes:

1. Entrenamiento del personal implicado.
2. Análisis estadístico de las muestras de orinas de 24 horas.
3. Análisis de la situación actual de nuestro sector.
4. Desarrollo de varias propuestas razonadas en base a los datos recogidos para eliminar o minimizar el error estadístico estudiado.
5. De manera consensuada tratar de implementar la propuesta más eficaz.
6. Evaluación del proceso preanalítico implementado.

INDICADORES

El indicador es la diuresis.

La evaluación de este proceso se realizará cuantificando la frecuencia de las diuresis de 2 L y comparando esta frecuencia con la frecuencia esperada y con la de años anteriores.

Además, en función del tipo de proceso implementado se tendrán que utilizar o no adicionales métodos de evaluación.

DURACIÓN

La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es de un año. Calendario previsto:

Febrero 18: Entrenamiento del personal implicado en el proceso de recogida de datos.

Marzo - Junio 18: Recogida de datos y análisis estadístico de las muestras de orinas de 24 horas.

Abril - Junio 18: Análisis de la situación actual a nivel de todo el Sector Sanitario Teruel.

Julio - Diciembre 18: Desarrollo de propuestas para eliminar o minimizar el error estadístico estudiado e implementación de la propuesta más eficaz.

Enero 19: Seguimiento y evaluación del proceso preanalítico implementado.

OBSERVACIONES

Además contamos con el apoyo de los nefrólogos de nuestro hospital.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0321

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA MEJORAR SU UTILIDAD CLINICA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO MENDEZ ARREDONDO
· Profesión QUIMICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE
FERNANDEZ LANDAZURI SARA
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO
MUÑOZ DOMINGO ARANTXA
SANLLEHI VILA NURIA
VALERO ADAN ADELA
TORNER BELLIDO ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A) ESTUDIO COMPARATIVO DE CUATRO ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE CALPROTECTINA FECAL

El objetivo de nuestro proyecto era realizar un estudio comparativo de cuatro ensayos para la determinación de calprotectina fecal (CF) (enzimoinmunoanálisis del laboratorio externo Reference Laboratory, Calprotectin Turbilatex Combo de CerTest Biotec, Quantum Blue® fCAL extended de Bühlmann & CALiaGold® de Sysmex). La comparativa se basó en establecer la calprotectina que mejor se adaptara a las condiciones de nuestro centro. Los aspectos a valorar fueron los siguientes:

1. Técnicos: Límite del Blanco, Límite de Detección, Límite de Cuantificación, intervalo de medición, sensibilidad y especificidad clínica, calibración (número de determinaciones, intervalo de tiempo), duración del análisis, facilidad de uso, errores, espacio físico y plataformas necesarias para el análisis.
2. Clínicos: algoritmos o paneles de decisión, puntos de corte, edad.
3. Coste: reactivos, calibradores, controles, suministros.

B) ESTUDIO COMPARATIVO DE CUATRO ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE CALPROTECTINA FECAL EN NUESTRA POBLACIÓN

En un segundo paso, del total de muestras analizadas en el laboratorio Reference Laboratory, se analizaron 22 por la plataforma de Bühlmann, 44 por la de CerTest Biotec y 28 por la de Sysmex en al menos 4 series analíticas. Las muestras de heces se congelaron a -20°C hasta su análisis en las diferentes plataformas. Se realizó un estudio estadístico descriptivo de cada método y se valoró la correlación entre los 4 métodos mediante análisis de regresión de Passing-Bablok junto con el test de Cusum y el coeficiente de correlación de Spearman (MedCalc v.18.11.6). También se realizó el análisis de las diferencias (Bland-Altman). Además, se realizó un estudio de costes para cada plataforma y un estudio de reproducibilidad intraserie (intradía), intraserie total (imprecisión combinada intraserie de todo el proceso analítico incluyendo la extracción de la muestra y la cuantificación) e interserie (días diferentes) de todas las plataformas excepto la de Bühlmann por falta de reactivo.

C) ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

Una vez escogida la plataforma más conveniente para nuestro centro atendiendo a todos los aspectos valorados, en base a datos bibliográficos se decidió mantener el algoritmo vigente de ayuda al diagnóstico.

D) EVALUACIÓN DEL PROCESO

Se realizó una evaluación del procedimiento provisional, que pusimos en marcha debido a que el coste de las determinaciones de calprotectina que enviábamos al Laboratorio Reference era demasiado elevado. Por otro lado, estamos en trámites de que la plataforma de análisis de la calprotectina fecal salga a concurso con lo que esperamos implementar definitivamente la determinación de calprotectina fecal en nuestro laboratorio para reducir considerablemente el tiempo de respuesta y el coste.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A) ESTUDIO COMPARATIVO DE CUATRO ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE CALPROTECTINA FECAL

El estudio comparativo de la información proporcionada por 3 casas comerciales (ya que los del Laboratorio Reference no nos proporcionaron datos) en la que se valoraron parámetros como: intervalo de medición, sensibilidad, especificidad, tipo de muestra, número de test necesarios para la calibración, tiempo de ensayo, posible efecto Hook, diferentes tipos de precisión, puntos de decisión clínica... reveló que ningún método destaca claramente sobre los demás, todos con parámetros aceptables, si bien los de la plataforma Sysmex dicen tener una mayor precisión.

B) ESTUDIO COMPARATIVO DE CUATRO ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE CALPROTECTINA FECAL EN NUESTRA POBLACIÓN

Para realizar una correcta comparación entre los 4 métodos para la determinación de la calprotectina fecal se evaluaron parámetros técnicos, clínicos y de costes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0321

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA MEJORAR SU UTILIDAD CLINICA

B1) Aspectos técnicos

Los resultados de la correlación entre los 4 métodos mediante el análisis de regresión de Passing-Bablok se muestran a continuación:

Bühlmann vs ELISA de Reference laboratory:
 $y = -24.071438 + 0.664220 x$; $R(\text{Spearman}) = 0,546$ $P = 0.0128$

CerTest Biotec vs ELISA de Reference laboratory:
 $y = -8.382857 + 0.388571 x$; $R(\text{Spearman}) = 0,65$ $P < 0.0001$

Sysmex vs ELISA de Reference laboratory:
 $y = 3.803497 + 0.335873 x$; $R(\text{Spearman}) = 0,712$ $P < 0.0001$

Bühlmann vs CerTest Biotec:
 $y = 51.318063 + 0.615678 x$; $R(\text{Spearman}) = 0,806$ $P < 0.0001$

Bühlmann vs Sysmex:
 $y = 20.851525 + 0.812985 x$; $R(\text{Spearman}) = 0,869$ $P < 0.0001$

Sysmex vs CerTest Biotec:
 $y = -7.372753 + 0.971184 x$; $R(\text{Spearman}) = 0,862$ $P < 0.0001$

Estos métodos correlacionan entre si moderadamente excepto el de Bühlmann con el ELISA de Reference laboratory que correlaciona pobremente. Teniendo en cuenta que los tests ELISA son los más contrastados y el método que utiliza Reference laboratory (método que queremos cambiar para disminuir el tiempo de respuesta y coste) es un ELISA, el método que presenta la mejor correlación con el ELISA de Reference laboratory y con el resto de los métodos es el de Sysmex y por tanto, este método es el mejor desde el punto de vista de correlación.

Si comparamos el ELISA de Reference con el método de Bühlmann vemos que la diferencia de los niveles de medición es -146, que el 0 está entre los límites de confianza y que apenas tiene valores fuera de los límites de confianza, además, la pendiente (0,664) tiene un intervalo de confianza que contiene el 1. Si comparamos el ELISA de Reference con el método de CerTest Biotec vemos que la diferencia de los niveles de medición es -309, que el 0 está entre los límites de confianza y que apenas tiene valores fuera de los límites de confianza, además, la pendiente (0,389) tiene un intervalo de confianza que NO contiene el 1 (hay una sobreestimación de la calprotectina por CerTest Biotec). Si comparamos el ELISA de Reference con el método de Sysmex vemos que la diferencia de los niveles de medición es -229, que el 0 está entre los límites de confianza y que apenas tiene valores fuera de los límites de medición es 20, que el 0 está entre los límites de confianza y que apenas tiene valores fuera de los límites de confianza, además, la pendiente (0,336) tiene un intervalo de confianza que NO contiene el 1 (hay una sobre-estimación de la calprotectina por Sysmex). Si comparamos el test de Bühlmann con el método de CerTest Biotec vemos que la diferencia de los niveles de medición es -75, que el 0 está entre los límites de confianza y que apenas tiene valores fuera de los límites de confianza, además, la pendiente (0,616) tiene un intervalo de confianza que contiene el 1.

Si comparamos el test de Bühlmann con el método de Sysmex vemos que la diferencia de los niveles de medición es -49, que el 0 está entre los límites de confianza y que apenas tiene valores fuera de los límites de confianza, además, la pendiente (0,813) tiene un intervalo de confianza que contiene el 1. Si comparamos el test de Sysmex con el método de CerTest Biotec vemos que la diferencia de los niveles de medición es 20, que el 0 está entre los límites de confianza y que apenas tiene valores fuera de los límites de confianza, además, la pendiente (0,971) tiene un intervalo de confianza que contiene el 1.

Por tanto, al comparar los diferentes métodos entre sí, siempre se observa que dentro de los límites de confianza está el 0. Pero al comparar el ELISA de Reference con los otros 3 métodos observamos una sobreestimación de la calprotectina medida por el método de CerTest Biotec y por el de Sysmex respecto a la medida por el de Reference laboratory. Por tanto, la plataforma de Bühlmann es la única que presenta una concordancia de tipo moderada con los resultados de la técnica ELISA de Reference laboratory ya que tanto la plataforma de CerTest Biotec como la de Sysmex presentan una pobre concordancia con la técnica ELISA de Reference laboratory.

Tanto en los resultados de correlación como de concordancia hay que tener en cuenta que no pudimos analizar 100 muestras por cada método (tamaño muestral necesario) debido a que las casas comerciales no nos suministraron reactivo necesario para ello.

En cuanto a reproducibilidad intraserie, intraserie total e interserie. Se observó que el CV% de CerTest Biotec es muy alto (20-40 aprox.) y mucho mayor del que afirma la casa comercial. Debido a problemas inherentes al analizador más que a la técnica en cuestión (estos problemas del analizador no son fácilmente solucionables ya que la base de datos del control de calidad de este analizador muestra este problema desde que el equipo salió de fábrica), los CV% intraserie e interserie de la plataforma de Sysmex (<10%) y el CV% intraserie total (<13%) son adecuados y los de Bühlmann dicen que son similares (no lo pudimos comprobar por falta de reactivo). Por tanto, los CV% del equipo de CerTest Biotec son inaceptablemente altos.

En cuanto a otros factores como riesgos laborales, errores, comodidad de uso, tiempo... en el equipo de CerTest Biotec la fase preanalítica tiene un paso más que aumenta ligeramente el tiempo de análisis y con los años podría producir las típicas lesiones en las muñecas de los técnicos de laboratorio por el esfuerzo de repetición necesario. Asimismo, es un equipo diferente a los que tenemos, lo cual supone una mayor dificultad por la rotación de personal, aunque su manejo no sea complicado. Además, únicamente con la plataforma de Sysmex se transmitirían automáticamente los datos al SIL ya que con este equipo analizamos la sangre oculta en heces y con las otras 2 plataformas debido al relativamente bajo volumen de muestras/año (387 en el 2019) no nos habilitarían una conexión al SIL por lo que con las plataformas de Bühlmann y de CerTest Biotec los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0321

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA MEJORAR SU UTILIDAD CLINICA

resultados los tendríamos que introducir en el SIL manualmente con el riesgo de error que ello implica. Similarmente, el equipo de Bühlmann es diferente, aunque su uso es muy simple y no supondría mayor problema. Por otro lado, el equipo de Bühlmann sólo puede analizar una muestra cada vez, por lo que el análisis de 387 muestras/año (o lo que es lo mismo una media de 4 muestras por día de análisis) supone cuadruplicar el tiempo que los técnicos de laboratorio deben dedicar a la plataforma en cuestión. Este inconveniente no ocurre ni con la plataforma de CerTest Biotec ni con la de Sysmex ya que se analizan las muestras simultáneamente. Además, hay que tener en cuenta que el número de análisis de calprotectinas se incrementa año a año.

B2) Aspectos clínicos

Si bien cada plataforma debería establecer su punto de corte, se ha asumido un punto de corte universal de 50 µg/g para diferenciar la enfermedad inflamatoria intestinal del síndrome de intestino irritable. Así mismo, se puede interpretar como zona gris un valor entre 50 y 150 µg/g y debería repetirse entre 4 y 6 semanas. Un valor de calprotectina > 150 µg/g indica enfermedad orgánica incluyendo la enfermedad inflamatoria intestinal y el cáncer colorrectal. En cuyo caso se sugiere realizar colonoscopia para confirmar diagnóstico.

B3) Aspectos económicos

Teniendo en cuenta que en el 2019 se analizaron 387 calprotectinas, se realizó el cálculo, sin tener en cuenta las repeticiones, del coste que nos supondría analizar las calprotectinas por cada plataforma en el año 2019 teniendo en cuenta los costes del reactivo, control, calibrador y suministros del equipo.

Coste total de las determinaciones de la calprotectina fecal durante el 2019 si las hubiéramos analizado en las diferentes plataformas:

Reference laboratory	23220 €
Bühlmann	7559 €
Sysmex	6615 €
CerTest Biotec	5179 €

C) ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

Tras realizar la comparación, atendiendo a los criterios planteados, se estableció que la plataforma que mejor se adapta a nuestro laboratorio es la de Sysmex. Pero debido a la larga demora de los trámites administrativos y al elevado precio de analizar las calprotectinas en Reference laboratory, se decidió provisionalmente enviar las muestras de heces al Miguel Servet (a pesar de que creíamos que el tiempo de respuesta aumentaría significativamente) para que les analicen calprotectina. Y una vez resuelto los trámites administrativos, analizar calprotectina en nuestro laboratorio.

En cuanto a los 2 indicadores utilizados, cuando enviábamos muestras de heces a Reference laboratory, el tiempo de respuesta del ensayo calprotectina fecal resultó ser de 5,7 días. Pero al enviar las muestras de heces al Miguel Servet el tiempo de respuesta es de 8,5 días. Sin embargo, el coste para el Hospital Obispo Polanco es de 0 € frente a los 23.220 € que supondría enviarlas a Reference L. No obstante, el coste para el Salud está en línea con el precio de las 3 plataformas que hemos probado. Además, cuando se termine de implementar la calprotectina fecal en nuestro laboratorio, se prevé que el tiempo de respuesta sea menor de 3 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de CerTest Biotec es con diferencia el peor de los tres por engorroso, por riesgo laboral, por impreciso y por su transmisión manual de datos.

El equipo de Bühlmann tiene como ventaja el que presenta una concordancia claramente mejor con el ELISA de Reference que los otros 2 equipos, aunque la concordancia es moderada.

El equipo de Sysmex con el volumen de muestras que se prevé, es el que presenta una mayor rapidez, facilidad de uso y menor consumo de tiempo por parte del personal de laboratorio, es preciso y los datos se transmiten al SIL automáticamente, favoreciendo de este modo la reducción de errores de la fase postanalítica.

Sería recomendable que cada plataforma tuviera sus puntos de corte para las tomas de decisión, en vez de utilizar un punto de corte universal, puesto que no siempre los valores de calprotectina fecal son intercambiables tal y como hemos comprobado y aparece reflejado en la bibliografía.

La comisión de cartera de servicios de los laboratorios de Aragón aprobó la inclusión de la determinación de calprotectina fecal en nuestro laboratorio. Actualmente, con motivo de reducir los costes todavía más, estamos en trámites de que la plataforma de análisis de la calprotectina fecal salga a concurso. Una vez que termine el concurso implementaremos el análisis de la calprotectina fecal en nuestro laboratorio. Recordaremos a los técnicos de laboratorio el procedimiento de análisis de la calprotectina fecal, haciendo especial incidencia en el procedimiento preanalítico. Finalmente, comunicaremos a los clínicos implicados, la actualización de la metodología que pretendemos implementar.

En cuanto a la utilidad del proyecto, cuando se termine de implementar la determinación de calprotectina fecal en nuestro laboratorio, el coste de determinar la calprotectina fecal se reducirá aproximadamente un 70 % (reducción superior a nuestro objetivo de 50 %) y puesto que se analizarán 2 veces a la semana el tiempo de respuesta será ligeramente inferior a 3 días con lo que se conseguirá un aumento de la seguridad de los pacientes y por tanto una reducción de costes sanitarios ajenos al laboratorio.

En cuanto a la sostenibilidad del proyecto, cuando se termine de implementar la determinación de calprotectina fecal en nuestro laboratorio se ahorrarán más de 16.000 Euros/año pudiéndose así destinar los limitados recursos a otros fines. Por otro lado, la reducción del tiempo de respuesta supondrá un inicio del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0321

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA MEJORAR SU UTILIDAD CLINICA

tratamiento sin retraso (mejorando así la calidad del tratamiento), un aumento de la seguridad de los pacientes y por tanto una reducción de costes sanitarios ajenos al laboratorio. Por tanto, la sostenibilidad del proyecto es viable y más teniendo en cuenta que el número de determinaciones de calprotectina fecal aumenta año a año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/321 ===== ***

Nº de registro: 0321

Título
REDUCCION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA MEJORAR SU UTILIDAD CLINICA

Autores:
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO, ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE, FERNANDEZ LANDAZURI SARA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, MUÑOZ DOMINGO ARANTXA, SANLLEHI VILA NURIA, VALERO ADAN ADELA, TORNER BELLIDO ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Va dirigido a personas con menos de 50-55 años (no puedo poner la población diana de forma correcta en el desplegable)
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Teniendo en cuenta que la toma de decisiones en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), basada exclusivamente en síntomas clínicos, puede conducir a errores graves; y que las técnicas de imagen, aunque proporcionan información valiosa sobre la gravedad, extensión de las lesiones y complicaciones, son caras, invasivas y de disponibilidad limitada, es de gran interés disponer de herramientas sencillas y no invasivas con las que monitorizar la actividad de la EII e identificar la presencia de lesiones, como p. ej. la calprotectina fecal (CF).

La CF es una proteína, muy abundante en neutrófilos, cuya concentración es directamente proporcional a la presencia de estos en la luz intestinal.

La CF es útil en el diagnóstico de la EII, en la detección de actividad inflamatoria intestinal e incluso en establecer distintos grados de actividad, en la monitorización de la respuesta al tratamiento, como marcador pronóstico de evolución y de recidiva de la enfermedad, y en la identificación de la curación de la mucosa. Por tanto, su elevada precisión para detectar actividad o remisión endoscópica la convierte en una herramienta de gran utilidad que puede permitir realizar un manejo más eficiente de los pacientes con EII, ayudándonos a tomar decisiones con seguridad sin necesidad de realizar pruebas más caras o invasivas.

Existen múltiples ensayos disponibles para la determinación de la CF:

1. Test inmunocromatográficos (POCT) que proporcionan un resultado en pocos minutos y no precisan de un laboratorio clínico.
 2. Test que requieren de un laboratorio (ELISA, PETIA, FEIA y CLIA) que proporcionan resultados con un rango más amplio, más económicos y de precisión diagnóstica mejor contrastada.
- El tiempo de respuesta del ensayo CF en los laboratorios clínicos puede ser de una a dos semanas, lo que dificulta la respuesta rápida del tratamiento ante una recidiva y aumenta el riesgo de deterioro clínico antes de que comience el tratamiento, lo que disminuye la utilidad clínica de los resultados del laboratorio y por tanto conlleva un gasto adicional. Además, en niños el diagnóstico temprano de EII es incluso de mayor trascendencia, ya que esta puede afectar al crecimiento y a la maduración sexual.
- El grupo de trabajo sobre la CF del Chief Scientific Officer's (CSO) considera que el tiempo de respuesta del ensayo CF no debería ser superior a 3 días. De hecho, los laboratorios clínicos del National Health Service (NHS) en Inglaterra que determinan CF deben estar acreditados por UKAS según ISO 15189, proporcionando un tiempo de respuesta de no más de 3 días.

Desde el servicio de Digestivo nos comunicaron su interés en reducir el tiempo de respuesta del ensayo CF. Por tanto, calculamos dicho tiempo y resulto ser de 6 días.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0321

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA MEJORAR SU UTILIDAD CLINICA

Actualmente, las muestras de heces con petición de CF se envían a Reference Laboratory. Por tanto, el análisis de la CF en nuestro laboratorio podría dejar el tiempo de respuesta en menos de 3 días tal y como recomienda el CSO. Esto supondría una disminución de las colonoscopias innecesarias, un inicio del tratamiento sin retraso (mejorando así la calidad del tratamiento), un aumento de la seguridad de los pacientes y por tanto una reducción de costes sanitarios ajenos al laboratorio. Además, dado el volumen de peticiones que tenemos (255 en el año 2018) esto supondría un ahorro de costes asociados al laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto el objetivo propuesto es reducir notablemente nuestro tiempo de respuesta del ensayo CF y también reducir costes.

La población diana son pacientes de hasta 50 años de edad en los que se sospeche EII o síndrome del intestino irritable y no se sospeche cáncer colorrectal.

Este proyecto se dirige principalmente a los Servicios de Digestivo y Pediatría.

MÉTODO

Las actividades a realizar son las siguientes:

1. Estudio comparativo de varios métodos de análisis de CF para elegir la que mejor se adapte a nuestro medio.
2. Reuniones con el servicio de Digestivo.
3. Entrenamiento de los TEL en las fases preanalítica y analítica del test elegido.
4. Implementación del proceso.
5. Comunicación a los clínicos implicados.
6. Evaluación del proceso implementado y realización de los ajustes necesarios que permitan el cumplimiento de los objetivos.

INDICADORES

Tiempo de demora medio del ensayo CF. Estándar mínimo: = 3 días. Estándar óptimo: < 2 días.

Precio por determinación. Estándar mínimo: reducción del gasto. Estándar óptimo: reducción del precio por determinación superior al 50%.

DURACIÓN

La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es de un año. El calendario previsto es el siguiente:

Febrero-Mayo 2019: Evaluación de 3 analizadores.

Junio - Agosto 2019: Evaluación de parámetros técnicos, clínicos y de costes.

Septiembre 2019: Entrenamiento de los TEL.

Octubre-Diciembre: Implementación.

Enero-Febrero 2020: Seguimiento y evaluación del proceso implementado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0918

1. TÍTULO

ESTUDIO Y AJUSTE DE LA DEMANDA DE LA DETERMINACIÓN DE PROCALCITONINA EN NUESTRO CENTRO

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE DAVID LAMUÑO SANCHEZ
· Profesión QUIMICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALERO ADAN ADELA
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO
MUÑOZ DOMINGO ARANTXA
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO
SANLLEHI VILA NURIA
MARTINEZ OVIEDO ANTONIO
RAMOS VICENTE NOEMI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la presente memoria se hace un balance de las determinaciones de Procalcitonina (PCT) en nuestro medio durante el año 2018. Para valorar el uso de éste parámetro en la práctica clínica habitual se hace recopilación de los siguientes indicadores:

Nº de peticiones de PCT por servicio.

Nº de peticiones que contengan PCT y Proteína C Reactiva (PCR).

Nº de peticiones que contengan PCT y hemograma.

Nº de peticiones de PCT que sean secundarias a una sospecha de sepsis.

Peticiones por paciente

Se realiza también un estudio sobre la seriación en las peticiones de PCT con el objetivo de valorar su pertinencia así como su utilidad.

Por último se redactan las recomendaciones que se realizan sobre el uso y manejo de PCT en el ámbito hospitalario según los servicios que prescriben su determinación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Situación de petición de PCT:

Durante el año 2018 se han realizado un total de 3246 PCT, mediante la plataforma Cobas E 411, Roche Diagnostics. Los resultados procesados se recogen de la base de datos del Sistema Informático de Laboratorio, Modulab Gold, Werfen.

Se realiza el análisis descriptivo de los índices propuestos obteniéndose los siguientes resultados:

A. Número de peticiones de PCT por servicio:

En este punto se obtienen que Medicina Interna, UCI y urgencias son los servicios peticionarios que demandan mayor número de PCT al laboratorio con 935, 720 y 542 peticiones respectivamente. Las determinaciones realizadas por el resto de Servicios a los que lleva alcance este proyecto son Cirugía 270 PCT, Nefrología 89 PCT y Neumología con 7 peticiones de PCT.

En este apartado cabe destacar que otros servicios que no se incluían en el alcance del proyecto como son Pediatría y Geriatría en los que nos encontramos con 101 y 84 peticiones de PCT respectivamente.

B. Número de peticiones de PCT en las que se determina paralelamente con la PCR:

El número de peticiones en las que se había solicitado de manera simultánea PCT y PCR es de 2103, suponiendo un 64,7% del total de determinaciones

C. Número de peticiones que determinan de manera conjunta PCT y hemograma

El número de peticiones en las que se realiza la PCT en paralelo con un hemograma es de 3072, suponiendo un 94,6% del total de determinaciones.

D. Número de peticiones en las que se solicita PCT en casos de sospecha de Sepsis:

En este caso el número de peticiones de PCT en caso de sospecha de Sepsis fue bastante bajo, registrándose únicamente 20 casos. Si se añaden el resto de diagnósticos en los que existen infecciones la cifra aumenta hasta los 137 casos. En este índice se produce una gran falta de información debido al registro incorrecto del campo diagnóstico, en el que en la petición rutinaria en papel se obvian o no se entienden parámetros como médico prescriptor y/o diagnóstico. Destaca en este campo los valores "No consta" con 1679 peticiones, siendo un 50,7% del total de peticiones, junto con "Otros diagnósticos" 669 peticiones y "Abdomen disconfort" 579 peticiones con unos porcentajes del 20,6 y 17,8 % respectivamente.

E. Peticiones por paciente:

Las 3247 PCT fueron realizadas sobre 1352 pacientes lo que supone que se realizaron 2,4 PCT por paciente de promedio. Si se observa la distribución de frecuencias de estos pacientes tendremos un máximo de 25 determinaciones en un paciente

2. Valoración de la demanda:

En el análisis de la seriación de las determinaciones de PCT, a grandes rasgos, no se observa ningún patrón anómalo de repetición de determinaciones, siendo UCI el servicio con más repeticiones de PCT realizadas sobre un mismo paciente. Este caso es la situación normal ya que es en esta unidad donde se trata a los pacientes en shock y la monitorización está más que recomendada. Existen algunos casos en los que se producen repeticiones de PCT sin respetar el tiempo de vida medio del marcador. La cantidad de estos casos es mínima y afecta de manera residual a los costos. La solución adoptada es el envío de una nota interna a los distintos servicios en los que se indica las recomendaciones de uso de la PCT así como sus limitaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0918

1. TÍTULO

ESTUDIO Y AJUSTE DE LA DEMANDA DE LA DETERMINACIÓN DE PROCALCITONINA EN NUESTRO CENTRO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones:

La procalcitonina no puede considerarse un indicador específico de infección ya que puede aparecer elevado en otras situaciones. De todos modos el uso de este marcador debe ser enfocado al diagnóstico precoz de sepsis y bacteriemia en pacientes críticos cuando no existe una evidencia clínica. El uso de determinaciones seriadas tendrá gran importancia ya que se pueden evidenciar presencia de falsos incrementos, en los que sobrepasado el tiempo de vida medio de la procalcitonina (entre 24 y 30 horas), volvería a valores normales. El caso de infecciones subyacentes se puede encontrar valores bajos de PCT y si se evidencia un aumento en 6 a 24 horas, indicaría la sospecha de infección bacteriana.

Uno de los principales usos de la PCT es como marcador en el diagnóstico diferencial de meningitis bacteriana frente a la meningitis de origen vírico, en la que los valores de PCT son menores de 0,50 ng/mL. También tiene un uso importante en el manejo de infecciones urinarias del tracto inferior y superior en niños. En estos casos valores de PCT elevados al ingreso pueden indicar un riesgo aumentado de lesión renal, mientras que valores bajos se asocian a un riesgo más bajo de este tipo de lesión.

Otro uso recomendado de la PCT es en el diagnóstico diferencial de fiebres de origen desconocido en pacientes neutropénicos, en los que la fiebre puede ser debida a otros procesos como son inflamaciones sistémicas no infecciosas, neoplasias, etc. En este punto se recomienda que en la presencia de fiebres de origen desconocido se realicen las determinaciones en conjunto de PCT, PCR y un hemograma debido a la elevada potencia diagnóstica conjunta.

Muy importante es el uso de la PCT en el estadiaje de una bacteriemia ya que el nivel de PCT es proporcional a la gravedad de la infección, de tal forma que un correcto uso hace que la prueba facilite un nivel de gravedad de la infección en los pacientes con riesgo a sufrir un shock séptico.

En cuanto a la monitorización de la infección, ha demostrado ser de utilidad para valorar la progresión ya que valores persistentemente elevados indican que la infección no está controlada, mientras que las disminuciones indican un mejor pronóstico.

En el campo de la cirugía el uso de PCT es delicado debido a que se producen elevaciones inespecíficas debidas a la presencia de variables confusoras. Estas variables son la inflamación intensa a la que se encuentran expuestos los pacientes con grandes traumas. En estos casos la cinética de la PCT presenta un pico de elevación en las primeras 48 horas apareciendo valores superiores al punto de corte. Los valores volverían a la normalidad en el transcurso de los 7 días siguientes, en los casos en los que se resuelva el evento y que no aparezca infección bacteriana. Por tanto el uso de PCT es útil en la valoración del estado post operatorio y en el control de posibles infecciones. Para este grupo de pacientes no existe en la bibliografía un punto de corte confiable para distinguir los efectos traumáticos de la cirugía de una posible infección, por lo que en este caso la monitorización es el mejor recurso para cribar las infecciones, valorando la cinética de eliminación de la PCT. En los casos de cirugía abdominal, la presencia de complicaciones en forma de infección quirúrgica es frecuente. En estos casos, la medida de temperatura, PCR y la fórmula leucocitaria del hemograma son parámetros inespecíficos que no predicen de manera precisa la infección de la herida quirúrgica. Según indican algunos estudios, valores por debajo de 1,00 ng/mL de PCT en los dos primeros días tras la operación indican con una elevada sensibilidad (95%) y una especificidad aceptable (63%) la eliminación del foco infeccioso en este tipo de cirugías.

Especial relevancia tiene la medición de PCT en los casos de pancreatitis ya que tiene muy buena sensibilidad y orienta de manera satisfactoria para el inicio de la terapia antimicrobiana. Los puntos de corte para estos pacientes serán los mismos que para la población general.

Recomendaciones:

De acuerdo con la Sociedad Española de Medicina del Laboratorio (SEQC) y con la bibliografía consultada se pueden realizar las siguientes recomendaciones en el manejo y uso de la PCT:

1. La PCT no se considera un método específico de infección
2. Las concentraciones de PCT pueden ser usadas para valorar el nivel de la gravedad de una infección bacteriana.
3. El uso de PCT es importante en el diagnóstico diferencial de procesos inflamatorios agudos como es el caso del SRIS.
4. El valor de PCT tiene valor pronóstico en el desarrollo de complicaciones.
5. La monitorización de la PCT está indicado en la valoración de la evolución de la sepsis y es un indicador temprano de la eficacia del tratamiento establecido.
6. La determinación de PCT no necesita condiciones preanalíticas específicas por lo que puede ser usado en la urgencia médica.
7. En el campo quirúrgico, debido a la presencia de falsos positivos debido al proceso inflamatorio, se recomienda la monitorización de los valores de PCT para valorar la eliminación del marcador.
8. La PCT puede ser usada en pacientes con insuficiencia renal debido a que no parece perder utilidad diagnóstica aunque la evidencia actual es limitada.

7. OBSERVACIONES.

En el estudio realizado sobre estas determinaciones se ha encontrado una incidencia que limita de manera considerable la potencia del estudio. En cuanto a la información adicional soportada en la base de datos, en el campo de diagnóstico había muchos casos en los que no figuraba dicho diagnóstico. Esto se debe al uso de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0918

1. TÍTULO

ESTUDIO Y AJUSTE DE LA DEMANDA DE LA DETERMINACIÓN DE PROCALCITONINA EN NUESTRO CENTRO

peticiones analíticas en papel en los que en muchas ocasiones no se rellena el espacio reservado. Esta observación se puede solucionar en cierta medida desarrollando la petición analítica electrónica, de modo que sea un campo obligatorio a rellenar por el médico solicitante.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/918 ===== ***

Nº de registro: 0918

Título
ESTUDIO Y AJUSTE DE LA DEMANDA DE LA DETERMINACION DE PROCALCITONINA EN NUESTRO CENTRO

Autores:
FERNANDEZ LANDAZURI SARA, VALERO ADAN ADELA, MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO, MUÑOZ DOMINGO ARANTXA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, SANLLEHI VILA NURIA, MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, RAMOS VICENTE NOEMI

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El concepto de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) se define como un síndrome generalizado caracterizado por la presencia de signos y síntomas clínicos de inflamación como: temperatura corporal anormal, taquicardia, hiperventilación y leucocitosis o leucopenia, con independencia de su causa, mientras que la sepsis se trata de una respuesta inflamatoria sistémica a un estímulo infeccioso. Es decir, cuando el SRIS está presente y la infección bacteriana está probada o sospechada, el diagnóstico es de sepsis.

No es sencillo establecer la causa del SRIS. El desarrollo de marcadores bioquímicos de inflamación como la proteína-C-reactiva (PCR), la interleuquina-6 (IL-6) y la procalcitonina (PCT) ha permitido diferenciar mejor ambos procesos; por lo que ya desde el 2001 en la Conferencia Internacional de Definición de Sepsis se abordó la redefinición de SRIS y sepsis, con la recomendación de estratificar a los pacientes no sólo en función de la clínica, sino también atendiendo a marcadores bioquímicos como PCR, IL-6 y PCT, independientemente de los resultados de estudios microbiológicos.

A pesar de que la PCT no es un marcador perfecto, puesto que se eleva en situaciones infecciosas, se ha postulado la procalcitonina como un marcador de gran utilidad en SRIS, infección y sepsis.

En nuestro laboratorio se implementó la determinación de PCT en el Laboratorio de Urgencias en Junio del 2017, anteriormente esta determinación se realizaba de rutina, en horario de mañana de lunes a viernes. Desde esta fecha ha incrementado exponencialmente la demanda de dicho marcador.

RESULTADOS ESPERADOS
Es estudiar la demanda de PCT y elaborar de una forma multidisciplinar pautas de petición. Los objetivos secundarios son:
Analizar la situación de petición en nuestro centro.
Ajustar de forma eficiente la demanda.
Implantar las recomendaciones para la correcta petición e interpretación de los resultados.

Este proyecto se dirige a servicios peticionarios: Urgencias, UCI, Cirugía, Medicina Interna, Nefrología y Neumología.
La población diana son los pacientes con sospecha de sepsis o SRIS atendidos por estos servicios.

MÉTODO
1. Analizar la situación de petición de PCT en nuestro centro.
Analizar la petición: número de petición, servicios peticionarios, intervalo de seriación, número de peticiones/pacientes, tipo de pacientes atendidos, tiempos de respuesta, diagnóstico o juicio clínicos.
Estudiar junto con otros marcadores bioquímicos y hematológicos solicitados ante sospecha de sepsis (PCR o hemograma)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0918

1. TÍTULO

ESTUDIO Y AJUSTE DE LA DEMANDA DE LA DETERMINACIÓN DE PROCALCITONINA EN NUESTRO CENTRO

2. Ajustar de forma eficiente la demanda.

Valorar si existen patrones de petición no adecuados.

Valorar si se puede limitar la demanda a servicios o estamentos (residentes)

Analizar el coste real de la determinación.

3. Implantar las recomendaciones para la correcta petición e interpretación de los resultados a través de las siguientes acciones:

Reunir con los Servicios implicados para explicar la situación actual y fijar los objetivos entre todas las partes implicadas si se detectan posibles áreas de mejora.

Elaboración, de forma multidisciplinar, de un protocolo de actuación fijando la utilidad y las recomendaciones para la medición de PCT en el laboratorio clínico.

Comunicación de posibles cambios realizados.

Evaluación del proceso de implementación para detectar posibles incidencias e implantar mejoras.

INDICADORES

Indicadores:

- N° petición/Servicio
- N° petición PCT/PCR
- N° petición PCR/Hemograma
- N° Petición PCR/Sospecha Sepsis
- Coste real de la determinación

Se evaluará el grado de adherencia al protocolo.

DURACIÓN

La duración de unos 10-12 meses.

Febrero- Marzo 2019: Estudio bibliográfico y recomendaciones actuales de la solicitud y análisis de PCT.

Abril- Junio 2019: Análisis estadístico de las determinaciones de PCT realizadas en el año natural 2018.

Julio- Noviembre 2019: Evaluación del protocolo, detección de posibles fuentes de error y estrategias de mejora.

Introducción de adaptaciones y comunicación de la nueva forma de proceder.

Diciembre 2019: 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 - 2019/1334

1. TÍTULO

MEJORA Y ADECUACION DE LA SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS. TERUEL

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ADELA VALERO ADAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES
CERCOS GRAU BENJAMIN
BONILLA MONTERDE GERMAN RAMON
ABELLA PEREZ LUIS ANGEL
YAGÜE IBAÑEZ ESMERALDA
GARCIA MARCO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

26 de abril de 2019.

Primera reunión del equipo en la sala de espera del Servicio de Análisis clínicos del Hospital Obispo Polanco. El equipo es multidisciplinar, compuesto por personal de administración, supervisión y facultativos del Servicio, informáticos e ingeniero de mantenimiento

Observación de la sala de espera

Puesta en común de las posibilidades de mejora

Elaboración de prioridades

16 de mayo de 2019

Evaluación de las actuaciones y coste económico necesario

30 de mayo 2019

Consenso en las actuaciones y búsqueda de alternativas económicamente más factibles (el número de entrada a la sala de extracciones no será automático sino entregado manualmente por el personal administrativo, el monitor de números de la sala de extracciones se pulsará manualmente por el celador en lugar de ser automático)

Reunión con el Servicio de Medicina Preventiva para informar del proyecto y recibir instrucciones de las normas a seguir

12 junio 2019

Elaboración realista de cronograma de actuaciones teniendo como prioridad principal el seguir manteniendo la actividad diaria de registro de peticiones y extracción de muestras .

Información a los posibles pacientes en las zonas de entrada al Hospital de una zona de extracción alternativa el viernes día 21 de junio 2019

Información al personal del Servicio de las mejoras a realizar y de las posibles incidencias que pudieran presentarse, preparando un plan de contingencia para su resolución

1ª FASE (De 11:00 del 20 junio a 23 junio)

1- Desalojo de todo el material móvil de la zona a reformar.

2- Aislamiento de la sala de espera.

4- Desmontaje del mostrador de recepción existente e instalación del nuevo

5- Montaje de las nuevas instalaciones de electricidad e informática en el nuevo mostrador, montaje de dos puntos de registro informático y colocación del dispensador de turnos.

6- Sustitución de la iluminación de la sala de espera, modificando la distribución

7- Limpieza de la zona de obras.

El viernes día 21 de junio se habilito una zona para extracciones cercana a un puesto informático para registro de peticiones fuera de la zona de obras

2ª Fase (De 11:00 del 6 de septiembre a 8 de septiembre)

1- Desalojar todo el material móvil de la zona.

2- Cobertura con plásticos del mobiliario fijo.

3- Aislamiento de la sala de espera.

4- Colocación del acristalamiento de la zona del mostrador.

5- Pintura de la sala de espera.

6- Limpieza de la zona de obras.

7- Colocar nuevamente el mobiliario retirado.

Los turnos en que se realizaron las obras fueron de mañana y tarde

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con este proyecto se ha conseguido un ambiente más confortable gracias a la nueva iluminación y al cambio en la pintura de la sala. El mobiliario es más accesible para las personas mayores, embarazadas o personas con movilidad reducida gracias a la mayor altura de los asientos.

Al ampliar dos puestos informáticos se ha agilizado de manera notable la entrada para el registro informático de las peticiones; La espera para la extracción no provoca tanta ansiedad ya que no es necesario realizar fila y desde sus asientos pueden observar tranquilamente el turno de extracción.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1334

1. TÍTULO

MEJORA Y ADECUACION DE LA SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS. TERUEL

Indicadores

A Encuesta Pacientes. Población diana los pacientes usuarios de la sala de espera. 100 encuestas voluntarias y anónimas

1- Ha observado cambios en la sala de espera

? Si 95.8 %

? No 4.2%

2- Cree que se ha agilizado la espera al contar con dos puestos informáticos

? Si 95.8 %

? No 4.2%

3- Le parece adecuada la puesta en funcionamiento de un monitor de números para la extracción

? Si 100%

? No 0%

4- En general como valora los cambios realizados (Pintura, nuevas filas de asientos, iluminación...)

? No encuentro ninguna mejoría 2.7%

? Los cambios realizados mejoran un poco la espera 12%

? Estoy muy satisfecho 80.5 %

5- Piensa que se debería dar cita anticipada para las extracciones en el Laboratorio de este Hospital

? Si 30.43 %

? No 69.57%

Propuestas de mejora

Agilizar la zona de extracción en determinados días

Ampliación de horario de extracción

Agilizar la espera administrativa con otro dispensador de turnos automático

B Encuesta trabajadores. Población diana, los trabajadores del Servicio de Bioquímica: Administrativos, Auxiliares, Enfermeras, TEL, Celador, FEAS).20 encuestas voluntarias y anónimas

1-Los cambios realizados en la sala de espera (Nº de puestos Administrativos, mobiliario, ...) afectan en tu trabajo diario

? Si 73%

? No 27%

2-Si has contestado si

? Ha mejorado tu trabajo 80%

? Ha empeorado 0%

? No he observado cambios 20%

3-Crees que la ampliación de dos puestos informáticos ha dinamizado la espera para la introducción de peticiones en el Sistema Informático del Laboratorio

? SI 95%

? No 5%

? NS/NC

4-En tu opinión, hemos mejorado la comodidad de los pacientes

? SI 92%

? No 4%

? NS/NC 4%

5-Deberíamos citar a los pacientes

? SI 52%

? No 48%

Propuestas de mejora y observaciones

La citación provoca muchas diferencias en el número de extracciones según los días, pero por otra parte es un valor añadido, facilitar a los pacientes la elección de día para su extracción.

Limitar la citación al día de extracción de pruebas externas (Lunes)

Dispensador de turnos automático accionado desde la sala de extracciones

Aumentar los servicios con petición electrónica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

Este proyecto ha servido para dar claramente una mayor comodidad y agilidad en la sala de espera de extracciones del Laboratorio Obispo Polanco. El equipo multidisciplinar componente del proyecto se siente satisfecho ya que gracias a una buena coordinación de todos no se frenó en ningún momento la actividad diaria del Servicio.

Logro de Objetivos

Se han logrado según describen las encuestas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1334

1. TÍTULO

MEJORA Y ADECUACION DE LA SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS. TERUEL

Aspectos pendientes

Sería deseable como han expresado en observaciones y propuestas de mejora tanto los pacientes como los trabajadores del Servicio, que el dispensador de turnos fuera automático accionándose desde el puesto del personal extractor y que en la entrada a la sala de espera se contara también con dispensador de turnos para la zona administrativa de esta forma los pacientes podrían estar sentados más tiempo. Otro asunto pendiente es el desequilibrio en la afluencia de personas en los diferentes días de la semana (predominando el lunes por ser el día de envío a hospitales externos) se podría evitar por medio de citación anticipada, o bien ser motivo de otro proyecto de mejora con actuaciones concretas para solucionarlo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1334 ===== ***

Nº de registro: 1334

Título
MEJORA Y ADECUACION DE LA SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS. TERUEL

Autores:
VALERO ADAN ADELA, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES, CERCOS GRAU BENJAMIN, BONILLA MONTERDE GERMAN RAMON, ABELLA PEREZ LUIS ANGEL, YAGÜE IBAÑEZ ESMERALDA, GARCIA MARCO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población atendida en la sala de extracciones
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En estos momentos las extracciones sanguíneas en el laboratorio del Hospital Obispo Polanco (H.O.P) se realizan a demanda, sin cita previa, tanto a los pacientes de consultas externas como aquellos cuyas peticiones tienen pruebas especiales que deben ser remitidas a hospitales de referencia de nuestra comunidad autónoma como fuera de ella.

La sala de espera de extracciones y recepción de muestras del Servicio del H.O.P está compuesta con un solo puesto administrativo para la introducción de las peticiones en el Sistema Informático del Laboratorio (S.I.L). El mobiliario con el que se cuenta además de necesitar una modernización es incómodo y poco práctico, ocupa mucho espacio. Al no contar con un gestor de filas, los pacientes deben realizar dos filas de espera (no se sientan) una para la ventanilla administrativa y otra para las extracciones.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto de mejora es dar a los usuarios de la sala de espera/extracciones una mayor comodidad y organización en su estancia/espera

Objetivos secundarios:

- A) Dinamizar la zona/área administrativa (Creación de un nuevo puesto)
- b) Favorecer un orden adecuado en el área de extracciones (Control de fila) permitiendo una mayor confidencialidad
- c) Remodelación y adecuación de la sala de espera (puntos informáticos, nueva ventanilla, iluminación, escayolas y cristal de separación.)

La población diana son todos los pacientes a los que se realiza la extracción en consultas externas

MÉTODO

- 1.Reunion multidisciplinar: Laboratorio, informática, mantenimiento para visualizar la situación actual
- 2.Estudio de los espacios físicos, iluminación, mobiliario.
3. Posibilidades reales de intervención.
- 4.Valorar Coste-efectividad de las acciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1334

1. TÍTULO

MEJORA Y ADECUACION DE LA SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS. TERUEL

- 5. Cronograma. Calendario de las diferentes etapas del proceso, funciones y responsabilidades del equipo
- 6. Evaluar la ejecución del proceso de adecuación y detectar posibles incidencias e implantar mejoras.

INDICADORES

- Encuesta de satisfacción de los usuarios de la sala de espera y extracciones 2019
- Comparación con la encuesta del año 2018
- Encuesta de satisfacción de personal del Servicio de Análisis Clínicos: administrativos, enfermeros, auxiliares y celador

DURACIÓN

La duración de 10-12 meses.

Abril - Noviembre 2019:

Informática

- Colocación de tomas de red y certificación de las conexiones.
- Puesta en marcha de un PC (W10, Modulab, etc)
- Instalación y configuración de impresora de etiquetas.
- Comprobación del correcto funcionamiento del sistema.

Mantenimiento

- Sustitución y nueva ubicación de iluminación
- Diseño de mostrador de atención al público
- Instalación cámara de video vigilancia
- Instalación de sistema pasa turnos
- Aislamiento zona de obras

Laboratorio

- Organización del personal para el correcto funcionamiento del nuevo sistema
- Participación activa en el diseño de mostrador, iluminación y digitalización del control de filas
- Información a los pacientes de la correcta utilización del nuevo sistema
- Elaboración de las encuestas de satisfacción
- Evaluación de dichas encuestas

Noviembre-Diciembre 2019: 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 - 2016/0367

1. TÍTULO

INFORME DE VIA AEREA DIFICIL PARA EL PACIENTE

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE FERNANDO MURCIANO GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARMAS TOVAR GUSTAVO ADOLFO
BUENO COSIO OLGA MARIA
CAÑIZARES MOTA ELSIE
CONESA MARIN VICENTE
GUTIERREZ RUEDA ENCARNACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Recogida de datos de dificultad en el manejo de la vía aérea de los pacientes sometidos a anestesia general, con copia en su historia clínica y entregando una copia al mismo.
La hoja tiene una serie de items que hay que marcar según los indicadores de dificultad prevista tanto para la ventilación con mascarilla facial como para la dificultad encontrada durante la intubación endotraqueal, colocación de dispositivos supraglóticos o realización de vía aérea quirúrgica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El standard marcado era la realización de un hoja de control de vía aérea a todos los pacientes en los que se sospechaba vía aérea difícil y en los que se encontraba una vía aérea difícil no sospechada
Hemos recogido datos del 98% de los pacientes, perdiendo un 2% de los pacientes por falta de cumplimentación de la hoja.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es fundamental la valoración inicial de la vía aérea, la planificación de diferentes planes para el abordaje de la misma, así como dejar constancia por escrito de las dificultades surgidas y su manejo.
Hemos visto pacientes en la consulta preanestésica con su hoja cumplimentada que nos ha permitido un mejor abordaje y una mejor planificación.
Debería instaurarse una hoja similar en todos los pacientes del SALUD para apoyar la toma de decisiones, así como entregar una hoja, o mejor una tarjeta de notificación de vía aérea difícil para que los pacientes puedan entregarla a su médico responsable.

7. OBSERVACIONES.
Puedo mandar la hoja de datos que hemos realizado para su control en otros hospitales.
Se puede ampliar este proyecto de calidad a toda la comunidad autónoma y se debería valorar la implantación de una tarjeta de vía aérea difícil, porque puede ayudar a reducir la morbimortalidad en el manejo de la vía aérea.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/367 ===== ***

Nº de registro: 0367

Título
INFORME DE VIA AEREA DIFICIL PARA EL PACIENTE

Autores:
MURCIANO GARCIA FERNANDO, GUTIERREZ RUEDA ENCARNACION, IZQUIERDO PALOMARES ANA, RUBIO JIMENEZ CONCEPCION, PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO, GARAFULLA GARCIA JESUS, RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO, DELGADO NAVARRO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0367

1. TÍTULO

INFORME DE VIA AEREA DIFICIL PARA EL PACIENTE

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

PROBLEMA

La dificultad para el manejo de la vía aérea supone la mayor causa de mortalidad atribuible a la anestesia, así como morbilidad derivada de la hipoxia que supone una dificultad o retraso en la intubación, riesgo de broncoaspiración o de lesiones pulmonares, traqueales, de orofaringe o de piezas dentarias por intentos repetidos o traumáticos.

Por ello la entidad conocida como vía aérea difícil (VAD) supone un reto en nuestro trabajo diario. Desde la consulta de anestesia identificamos marcadores que pueden sugerir una VAD como son el Mallampati, la distancia tiromentoniana, distancia interdentaria, distancia esternomentoniana, el test de la mordida, el ángulo de extensión cervical o el estado de las piezas dentarias... pero a pesar de ello nos encontramos en ocasiones con una VAD inesperada o en el otro extremo con una VAD prevista que no resulta serlo. Por ello la mayor garantía de que no existen dificultades para la IOT resulta conocer cómo se desarrolló una intubación previa y si se precisaron dispositivos especiales como fibroscopio, laringoscopia óptica, guías de intubación o mascarillas laringeas.

Asimismo otro dato vital para nuestro trabajo diario es poder ventilar a estos pacientes lo cual condiciona que la VAD pueda convertirse en una emergencia vital, un paciente que no sea intubable ni ventilable.

Existen condicionantes que dificultan la ventilación con mascarilla facial como son el cuello grueso, la edad, el paciente edéntulo o el paciente obeso. La dificultad ventilatoria en el paciente anestesiado se cuantifica con la escala de Han. Nuestro problema a resolver consiste en que aunque nosotros reflejemos en la gráfica de anestesia dichas dificultades para próximas intervenciones si nuestro paciente se ha intervenido en otro centro no tenemos acceso a ella e igualmente si es derivado desde Teruel a un hospital de tercer nivel tampoco tendrían acceso a su historial médico. Lo mismo si se interviene de urgencias y no llega a tiempo la historia antigua. Así que si nuestros pacientes con VAD portan el documento que refleja las dificultades que existieron y con qué dispositivo fueron solucionadas supondrá menos intentos de IOT infructuosos, menos ansiedad para el anestesiólogo y si lo requiriese programar una intubación despierto con fibroscopio

RESULTADOS ESPERADOS

Que todo paciente con un antecedente de intubación dificultosa tenga un informe en su poder en el que se explique cómo se solventaron las dificultades y mediante qué dispositivo para el correcto manejo de la VAD. Asimismo aquellos pacientes con marcadores externos que predicen una intubación dificultosa y que se constata que tienen un grado I o II en la escala Cormack-Lehane (escala que describe cómo se visualiza la glotis tras una laringoscopia directa) dejen de ser etiquetados como VAD

MÉTODO

Diseñamos un documento titulado "informe del paciente con vía aérea difícil", en el que se recoge: Una etiqueta identificativa y datos antropométricos como edad, talla y peso. Teniendo en cuenta que la misma persona en el transcurso de su vida condicionada por la obesidad, cirugía de cara o cuello, radioterapia o la artrosis puede pasar de no ser VAD a serlo. Se recogen los "condicionantes de vía aérea difícil" o factores que pudieran dificultar la ventilación. Finalmente titulado como "resolución de vía aérea difícil" se detalla el grado de dificultad para la ventilación en la escala de Han y las técnicas de intubación. Entre dichas técnicas están reflejados todos los dispositivos de manejo de VAD con los que contamos

INDICADORES

Es difícil evaluar a posteriori las veces en las que resulta útil dicho documento. Nuestro hospital muchas veces es un sitio de tránsito de personas que veranean en esta zona y no tenemos acceso a lo ocurrido en cirugías posteriores. Les insistimos al paciente y los familiares de la necesidad de aportar dicho documento cada vez que se enfrenta a una cirugía o sea interrogado por un anestesista, así como es importante confesar las alergias medicamentosas

DURACIÓN

Dicho documento está sujeto a remodelación conforme puedan aparecer en el mercado nuevos dispositivos o las propias guías de actuación ante la VAD sean modificadas

OBSERVACIONES

Las propias guías de manejo de la VAD difieren inicialmente entre una VAD conocida y una imprevista, ya que el algoritmo de decisión difiere desde el inicio es de suma importancia que tanto el paciente como todo profesional que le atiende conozca dicha circunstancia.

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 - 2016/1765

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACTUACION ANTE PROCESOS RAROS Y POTENCIALMENTE LETALES MEDIANTE SIMULACIONES EN UN SERVICIO DE ANESTESIA: GESTION DE LA HIPERTERMIA MALIGNA EN EL AREA QUIRURGICA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE GUSTAVO ADOLFO ARMAS TOVAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO COSIO OLGA MARIA
NINA COLQUE NAYRA LUPE
HERRERO MIGUEL ANA MARIA
CONESA MARIN VICENTE JOSE
CAÑIZARES MOTA ELSIE CARIDAD
RUBIO JIMENEZ CONCEPCION
RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
sesión clínica sobre la hipertermia maligna, su manejo clínico y tratamiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
realización de un protocolo de prevención y manejo.
revisión de la dotación de material necesario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
se estan alcanzando los objetivos planteados segun cronograma de actuación.

7. OBSERVACIONES.
esta pendiente la realización de un simulacro de actuación con todo el personal sanitario del area quirurgica.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1765 ===== ***

Nº de registro: 1765

Título
MEJORA DE LA ACTUACION ANTE PROCESOS RAROS Y POTENCIALMENTE LETALES MEDIANTE SIMULACIONES EN UN SERVICIO DE ANESTESIA: GESTION DE LA HIPERTERMIA MALIGNA EN EL AREA QUIRURGICA

Autores:
ARMAS TOVAR GUSTAVO ADOLFO, BUENO COSIO OLGA MARIA, NINA COLQUE NAYRA LUPE, HERRERO MIGUEL ANA MARIA, CONESA MARIN VICENTE JOSE, CAÑIZARES MOTA ELSIE CARIDAD, RUBIO JIMENEZ CONCEPCION, RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Hipertermia Maligna es una de las patologías neuromusculares asociadas a alteraciones genéticas, su incidencia en nuestro medio es desconocida, pero conlleva consecuencias fatales sin un adecuado tratamiento. Por eso en la Declaración de Helsinki de 2010 sobre la seguridad del paciente en anestesiología, se estableció la necesidad de disponer de protocolos y recursos para su gestión. De acuerdo con estos estándares internacionales para una práctica segura de la anestesia, y para contribuir a la mejora de la calidad asistencial, se requiere la implantación de guías para un adecuado diagnóstico y tratamiento en casos sospechosos de Hipertermia Maligna.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1765

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACTUACION ANTE PROCESOS RAROS Y POTENCIALMENTE LETALES MEDIANTE SIMULACIONES EN UN SERVICIO DE ANESTESIA: GESTION DE LA HIPERTERMIA MALIGNA EN EL AREA QUIRURGICA

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo en nuestro medio es dotar de los recursos materiales necesarios y mejorar las capacidades y la actuación de los profesionales que deben de gestionar estos casos mediante la creación de una cultura de anticipación y de aprendizaje mediante simulaciones y trabajo en equipo, y mejorar su satisfacción. Para conseguir una Anestesia fiable y segura en la Hipertermia Maligna, es muy importante el mantenimiento de ambos objetivos en el tiempo, hecho también buscado en este proyecto. El desarrollo de éste se va a llevar en el horizonte temporal de dos años.

MÉTODO

Para lograr los objetivos se implementarán los siguientes:

1. Puesta al día de los conocimientos sobre Hipertermia Maligna, confección de un protocolo de prevención y manejo. Segundo semestre de 2017.
2. Revisión de la dotación de material necesario. Establecer cauces para verificar esta dotación en el tiempo. Primer trimestre de 2018.
3. Adecuada difusión mediante sesión de formación monográfica. Segundo semestre de 2018.
4. Simulación de casos de forma periódica.

INDICADORES

- A. Redacción del protocolo asistencial.
- B. Número de revisiones de material mensuales realizados/12*100.
- C. Número de asistentes a la formación/ total de integrantes (F.E.A Anestesiología y Enfermería de Anestesiología).
- D. Número de simulaciones en el periodo de dos años.
- E. Satisfacción de los sanitarios del Servicio

DURACIÓN

.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0092

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO RUIZ DOÑATE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TOLOS MARIN MARIA TERESA
NAVARRO ANDRES MARIA LUZ
CATALAN EDO MARIA PILAR
SABORIT OLIVER RAMON
NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA
MARTIN HERNANDEZ RAQUEL
MESADO ZAPATA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto se propone en 2017, tras evidenciarse una serie de problemas en la gestión del paciente quirúrgico de nuestro centro, que hacían peligrar el adecuado tratamiento quirúrgico de la población de nuestro sector. Después de realizar una valoración inicial se identifican los siguientes déficits:

- Ausencia de criterios establecidos y consensuados por los servicios quirúrgicos, de inclusión en LEQ.
- Ausencia de procedimientos de decisión compartida.
- Ausencia de seguimiento de pacientes en LEQ.
- Suspensiones quirúrgicas, y falta de seguimiento en la conciliación de medicación crónica en el perioperatorio.
- Ausencia de coordinación y seguimiento compartido (At.Primaria - At.Hospitalaria) efectiva en la preparación de pacientes, especialmente crónicos polimedcados y con tratamientos que alteran la hemostasia.

Como consecuencia de lo ya relatado, se plantea un programa de mejora de la gestión del paciente quirúrgico en nuestro medio, a desarrollar a lo largo de 2018. Se plantean una serie de objetivos, que se presumen necesarios para resolver los problemas enumerados. Estos objetivos son

- Existencia de criterios clínicos de inclusión quirúrgica consensuados con acuerdo grupal, en cada uno de los S. Quirúrgicos, y existencia de documento que los refleje presentado a Dirección Médica.
- Valoración de adecuación de indicación quirúrgica, y revisión de pacientes que estén en LEQ durante más de 150 días. Lleva parejo, la activación del procedimiento de tiempos de garantía y criterios de eficiencia quirúrgica (baja de lista, renuncia expresa o inclusión en parte quirúrgico).
- Realización de una adecuada preparación preanestésica. Insistir en la comprobación de la comprensión de instrucciones (PAI), y seguimiento en fase prehospitalaria y hospitalaria.
- Actuaciones de seguimiento-coordinación compartido (AP-AH) en fase pre y postintervención (fase hospitalaria y fase extrahospitalaria), para la conciliación de medicación, y mejora del estado con el que el paciente se somete a la cirugía.

Para conseguir estos objetivos, sin duda íbamos a necesitar la implicación de los S. Quirúrgicos de nuestro centro, del S. de Anestesiología y Reanimación, del personal de quirófano, del S. de Admisión, de la Dirección Médica y de Enfermería, así como del personal de At. Primaria.

La forma de conseguirlo, y de mejorar la comunicación entre niveles, fue la de realizar una serie de reuniones especificadas por cada servicio, en las que participaba Admisión, el servicio quirúrgico y Dirección, para instar la definición de los criterios de inclusión quirúrgica para los procesos más prevalentes que supongan al menos el 50 % de LEQ, así como la definición de acciones concretas para la revisión clínica de pacientes incluidos en LEQ con más de 150 días en LEQ (siguiendo la sistemática de configuración de los PAI qué, quién, dónde, cuándo y cómo).

Así mismo, se produjo una serie de reuniones entre la Dirección médica y de enfermería, personal de quirófano y personal de At. Primaria, para conseguir definir las acciones concretas del seguimiento y conciliación de medicación, así como la mejora en la optimización preoperatoria del paciente, que nos permita una reducción en el número de suspensiones quirúrgicas por debajo del 5 %.

Las reuniones mantenidas se produjeron en los 2 primeros trimestres de 2018, así como en el resto del año cuando se han requerido correcciones y/o han surgido incidencias.

Como resultado de todo el trabajo de definición, y de la puesta en común de objetivos y resolución de problemas, se han elaborado y colgado en la intranet del centro los documentos que recogen los criterios de inclusión quirúrgica. Así mismo, se ha elaborado los circuitos para la revisión de pacs. con más de 150 días en lista, se ha diseñado un modelo de carta para la citación de estos enfermos en la consulta de revisión que se les hace, y se han definido las opciones posibles una vez realizada ésta, para depurar la lista quirúrgica. Por otra parte, se ha diseñado el PAI que contempla la coordinación entre Primaria y Especializada, para conseguir una adecuada optimización preoperatoria del paciente, así como un protocolo de conciliación de medicación en perioperatorio.

La elaboración de documentos se ha llevado a cabo en los 2 últimos trimestres del año (aunque las medidas a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0092

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

tomar ya se han llevado a la práctica, tras las reuniones mantenidas).

Finalmente, hemos procedido a la recogida de datos para valorar los indicadores que nos propusimos (durante el mes de enero de 2019).

Los recursos destinados para alcanzar los objetivos alcanzados son:

- Tiempo para gestionar y organizar, lo que conlleva no realizar actividad asistencial durante esos momentos.
- Rotación de enfermería de anestesia en la consulta de preanestesia, de forma que la enfermera ya esté especializada, y la coordinación con atención primaria sea más satisfactoria.
- Redistribución de los tiempos de consulta, y circuitos con Admisión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores que propusimos para valorar los resultados del proyecto son:

A.- Criterios de indicación de inclusión en LEQ explícitos por servicio quirúrgico, consensuados y en documento. Valor objetivo: existencia de documento por servicio disponible en la intranet. 100%. 6 de 6 servicios. Se han presentado Criterios en 6 servicios de 6: Cirugía general, COT, ORL, Ginecología, Oftalmología y Urología. Los Documentos se han colgado en la intranet.

B.- Revisión y depuración por Servicio de los pacientes que superan 150 días en LEQ. Valor Objetivo. Al menos el 20 % son depurados por revisión clínica. Es decir, que al menos el 20% de los que superan tiempo serán valorados en una consulta por el jefe de servicio. Se ha realizado reunión con los 6 Servicios y 4 de ellos han realizado revisión de pacientes que superan 150 días en LEQ: Cirugía general, ORL y COT. Oftalmología ya tiene sistematizada una cita con el paciente pre-quirúrgica para medir lente y ahí depuran lista. Urología y Ginecología están pendientes de organizar consulta, pero en Ginecología no hay demora actualmente

C.- Documento que defina el proceso de atención de enfermería Primaria-Hospital, especialmente en pacientes polimedicados y en tratamientos que alteran la hemostasia. Documento de Proceso y Diagrama realizados por Dirección de Enfermería.

A continuación, se describen los pasos del proceso:

C.1.- El paciente consulta a su médico de atención primaria por un problema de salud. Este a través de la interconsulta virtual contacta con el FEA del Hospital Obispo Polanco y si se considera oportuno se programa para consulta presencial.

C.2.- Si el FEA del HOP considera que el paciente necesita tratamiento quirúrgico, le explicará el procedimiento, le entregará los papeles del preoperatorio y con el "formulario de inclusión en lista de espera quirúrgica", el paciente tiene que ir a admisión donde entregar la hoja amarilla, la rosa se queda en la historia del paciente y la blanca se la entrega el paciente.

C.3.- Una vez que el paciente entrega la hoja de inclusión en lista de espera en Admisión, el personal de este servicio valora si el paciente tiene prioridad normal o preferente.

C.3.1.- Si la prioridad es normal, se le indica que tiene que pedir cita en admisión de consultas externas para la consulta de anestesia y al menos una semana antes debe hacerse las pruebas complementarias requeridas; análisis (puede pedir cita en AP o acudir sin cita al hospital), radiografía (debe pedir cita en admisión de consultas externas) y ECG (5ª planta del HOP sin cita previa)

C.3.2.- Si la prioridad para la intervención quirúrgica es preferente, el personal del servicio de Admisión le dará directamente la cita para la consulta de anestesia y le indica cuando debería realizarse las pruebas complementarias, el lugar es igual que en el punto 3.1.

C.4.- El enfermero de la consulta quirúrgica rellenará la "hoja de registro de pacientes incluidos en lista quirúrgica" en la que se recoge el centro de salud al que pertenece y si presenta alguna de las siguientes patologías: hipertensión, Diabetes Mellitus o está en tratamiento con anticoagulantes/antiagregantes.

C.5.- Los viernes, todas las enfermeras de las consultas quirúrgicas llevarán las "hojas de registro de pacientes incluidos en lista quirúrgica" al despacho de la Supervisora de Consultas. La enfermera de la consulta de anestesia los recogerá, ordenará y separará por centro de salud. Posteriormente enviará la información al correo corporativo de cada centro de salud.

C.6.- El administrativo del centro de salud que reciba la información será el encargado de transmitirlo a cada enfermera de cupo del centro de salud. La enfermera sabrá que pacientes de su cupo han sido programados para intervención quirúrgica.

C.7.- La enfermera de atención primaria dentro de su consulta programada citará a los pacientes que han sido incluidos en lista quirúrgica para llevar a cabo actividades de: promoción de la salud, valoración de enfermería, y control de factores de riesgo que puedan afectar pre y post a la intervención quirúrgica, principalmente en lo relativo al tratamiento con medicamentos antiagregantes. De esta forma conseguirá que el paciente llegue en las mejores condiciones a la intervención quirúrgica, se evitarán suspensiones y se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0092

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

conseguirá una rápida recuperación de su estado de salud.

Los datos clínicos y de enfermería se registrarán en OMI ASOCIADOS al episodio quirúrgico activo para que la enfermera de la consulta de anestesia pueda ver toda esta información el día que el paciente acuda a su consulta. El objetivo final de este proyecto que es el paciente llegue a la consulta de anestesia con las constantes vitales, glucemias o INR controlado, así como otros posibles factores como peso, hábito tabáquico... y de esta forma llegará en óptimas condiciones a la intervención quirúrgica.

C.8.- El paciente irá a la consulta de anestesia el día citado. Si cumple criterios establecidos de idoneidad la enfermera de la consulta avisará al Servicio de admisión para que lo pueda programar para intervención programada. En caso contrario, la enfermera de anestesia se pondrá en contacto con la enfermera de cupo de su centro de salud para que controle al paciente. Una vez que la enfermera del centro de salud considere que el paciente está bien controlado, contactará con la enfermera de la consulta de anestesia para que vuelva a citarlo en consulta.

C.9.- El Jefe de cada Servicio quirúrgico programa semanalmente el parte quirúrgico en admisión con todos aquellos pacientes que han pasado el visto bueno de la consulta de anestesia.

C.10.- El Servicio de Admisión del hospital será el encargo de contactar con el paciente para indicarle el día y la hora de la intervención quirúrgica, habitualmente con una semana de antelación.

C.11.- Aquellos pacientes que reciban la llamada del servicio de admisión para intervención quirúrgica y tengan dudas o problemas de salud pueden ponerse en contacto con su enfermera de cupo del centro de salud para consultas, indicándole la fecha de la intervención. De esta manera la enfermera puede trabajar con él llevando a cabo una intervención eficaz a lo largo de los días previos a la intervención.

C.12.- Si la enfermera del centro de salud considera que el paciente no tiene controlado el INR, TA... se pondrá en contacto con la enfermera de la consulta de anestesia para que ella hable con admisión y se pueda quitar a ese paciente del parte quirúrgico, aprovechando de esta manera el tiempo quirúrgico, ya que el servicio de admisión podrá llamar a otro paciente de la lista de espera quirúrgica. El contacto de consulta de enfermería de anestesia será a través de la extensión 534632 o el correo corporativo: anefe.hopli@salud.aragon.es

C.13.- Los pacientes en buenas condiciones de salud, acudirán al hospital Obispo Polanco el día y la hora programada para intervención quirúrgica.

D.- Suspensiones de Intervenciones programadas. Valor objetivo inferior al 5% para cada servicio. Fuente: análisis de las hojas de suspensión quirúrgica.

- Urología: 36 suspensiones, menos 11 atribuibles a causas de paciente son 25 entre 611 intervenciones:
 $25/611 \times 100 = 4\%$
- COT: 40 intervenciones suspendidas menos 15 por causas atribuibles de 626 intervenciones, $25/626 \times 100 = 3,9\%$
- ORL: 16 intervenciones suspendidas menos 6 por causas del paciente de 21 intervenciones son $10/213 \times 100 = 4,6\%$
- OFT: 47 intervenciones suspendidas, menos 28 por causas atribuibles al paciente son 19 de 646 (490+156), $19/646 \times 100 = 2,8\%$
- Ginecología: 14 intervenciones suspendidas menos 8 por causas atribuibles al paciente son 6 de 233, $6/233 \times 100 = 2,5\%$
- Cirugía: 45 intervenciones suspendidas menos 19 por causas atribuibles al paciente de 913 intervenciones $26/913 \times 100 =$ son 2,8 %

La totalidad de servicios ha cumplido el objetivo.

E.- Pacientes que superan los 150 días de espera. Objetivo reducción. (LEQ Estructural del Hospital, fuente Hiss)

Se ha reducido notablemente, hemos pasado de 243 pacientes en LEQ estructural de más de 180 días a 31 de diciembre de 2017, a 141 pacientes en LEQ estructural de más de 180 días a 31 de diciembre de 2018. En contra hemos tenido la falta de especialistas de Anestesiología que ha mermado la actividad quirúrgica, de forma que realmente lo que ha contenido la lista de espera, es el control estricto para ajustar las entradas en LEQ que han realizado los servicios, ya que se ha reducido un 20% las entradas en LEQ en 2018 (de 5200 a 4200) respecto a las entradas de 2012.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que se trata de un proyecto alcanzable con pocos recursos, y que mejora la coordinación del personal en el cuidado de nuestros enfermos, dentro de una organización de equipo como es la sanitaria. A su vez, "No solo de la actividad asistencial vive el hombre", sino que la labor de organización y coordinación es fundamental para replantear objetivos y hacer una gestión sanitaria más enfocada a las expectativas que tiene el paciente sobre su atención sanitaria.

Por otra parte, es patente la buena disposición existente a la colaboración primaria-especializada, pero observamos que estamos faltos de herramientas informáticas que ayuden a ello.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0092

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

Consideramos que nos queda pendiente, incidir más en la optimización preoperatoria del enfermo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/92 ===== ***

Nº de registro: 0092

Título
MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

Autores:
RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO, TOLOS MARIN MARIA TERESA, NAVARRO ANDRES MARIA LUZ, CATALAN EDO MARIA PILAR, SABORIT OLIVER RAMON, NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA, MARTIN HERNANDEZ RAQUEL, MESADO ZAPATA SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES QUIRURGICOS
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Básicamente centraríamos el proceso de mejora en las siguientes "recomendaciones clave":
- Verificación de criterios de inclusión y establecimiento de Prioridad Clínica en concreto en cuanto a Cirugía Programada se refiere
- Especial atención a la conciliación de medicamentos en pacientes crónicos, con especial atención a los fármacos que alteran la hemostasia
Es especialmente relevante la "planificación del cambio". Es decir la meticulosa programación de las acciones a realizar para conseguir implementar las mejoras que nos hagan obtener buenos resultados. (El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del PAI se basa en la definición de QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO y CUÁNDO)
• Ausencia de criterios establecidos y consensuados por servicio de inclusión en LEQ.
• Ausencia de procedimientos de decisión compartida
• Ausencia de seguimiento de pacientes en LEQ
• Suspensiones y falta de seguimientos de conciliación de medicación de pacientes crónicos
• Ausencia de coordinación y seguimiento compartido (AP-AH) efectiva en la preparación de pacientes, especialmente crónicos polimedicados y con tratamientos que alteran la hemostasia

RESULTADOS ESPERADOS
• Existencia de criterios clínicos de Servicio consensuado AG (con acuerdo de grupo) y existencia de documento presentado a Dirección
• Valoración de adecuación de indicación y revisión de pacientes de >150 días en LEQ. La activación del procedimiento se tiempos de garantía y criterios de eficiencia quirúrgica. (baja de lista, renuncia expresa o inclusión en parte quirúrgico).
• Adecuada preparación preanestésica. Comprobación de comprensión de instrucciones (PAI) seguimiento en fase prehospitalaria y en fase hospitalaria
• Actuaciones de seguimiento-coordinación compartido (AP-AH) en fase postintervención fase hospitalaria y fase posthospitalaria

MÉTODO
• Planificación de reuniones específicas por Servicio y conjuntas con Admisión, servicio quirúrgico y Dirección
• Definición de criterios de Indicación quirúrgica por servicio para los procesos más prevalentes que supongan al menos el 50 % de LEQ
• Definir acciones concretas por Servicio para adecuar indicaciones
• Definir acciones concretas para revisión clínica de pacientes incluidos en LEQ con más de 150 días en LEQ (qué, quien, dónde, cuándo y cómo)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0092

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

- Definir acciones concretas de seguimiento y conciliación de medicación en pacientes crónicos coordinadas por enfermería AP y Hospital
- Estudio de las causas de suspensión de intervenciones, especialmente por falta de seguimiento en las indicaciones establecidas de preparación del paciente

INDICADORES

- 1.-Criterios de indicación de inclusión en LEQ explícitos por servicio quirúrgico, consensuados y en documento. Valor objetivo: existencia de documento por servicio disponible en la intranet. 100%. 6 de 6 servicios.
- 2.- Número de Reuniones por servicio implicado. Valor objetivo: Al menos una reunión formal entre Admisión y Servicio implicado con presencia de Dirección. 6 reuniones, 6 documentos tipo acta, 1 por servicio.
- 3.- Revisión y depuración por Servicio de los pacientes que superan 150 días en LEQ. Valor Objetivo. Al menos el 20 % son depurados por revisión clínica. Es decir, que al menos el 20% de los que superan tiempo serán valorados en una consulta por el jefe de servicio.
- 4.- Suspensiones de Intervenciones programadas. Valor objetivo. Inferior al 5% para cada servicio.
- 5.- Informe con análisis de las causas de suspensión. Valor Objetivo. Informe en noviembre de 2018.
- 6.- Actuación de la enfermería en preanestesia. Valor Objetivo: Documento que defina acciones de enfermería en la consulta en junio 2018.
- 7.- Seguridad clínica en preanestesia: presencia de documento que registra el PAI Primaria-Hospital de Enfermería (qué, quién, dónde cómo y cuándo) de actuaciones y acciones en paciente polimedicaados y en concreto con tratamientos que alteran la hemostasia. Valor Objetivo. Presencia de Documento en noviembre de 2018 y al menos dos reuniones con las Direcciones de Enfermería de Atención Primaria y Hospital del bloque quirúrgico y Documento en noviembre de 2018.

DURACIÓN

- Reuniones específicas: 1 trimestre de 2018 (6/6)
- Definición criterios específicos de indicación quirúrgica marzo-abril 2018
- Inicio revisiones pacientes en LEQ : abril 2018
- Acciones concretas por Servicio para adecuar indicaciones implantadas en : mayo 2018
- Documento con acciones de enfermería de Anestesia en consulta: junio 2017
- Reuniones Direcciones de Enfermería Primaria y Hospital, primer semestre y segundo semestre: definir acciones concretas de coordinación
- Acciones concretas de conciliación de medicación en crónicos y en tratamientos que alteran la hemostasia: Presencia de circuito de PAI del paciente quirúrgico y documento: marzo a noviembre 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 - 2018/0408

1. TÍTULO

MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICAMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE OLGA MARIA BUENO COSIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAÑIZARES MOTA ELSIE CARIDAD
CIRUGEDA SALVADOR MARIA PILAR
CONESA MARIN VICENTE JOSE
ESTEBAN CAMPOS ESTHER
GUTIERREZ RUEDA ENCARNACION
HERRERO MIGUEL ANA MARIA
NINA COLQUE NAYRA LUPE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de las etiquetas para las jeringas, envases de medicación y vías de administración, con una serie de características de tamaño, color información que debe portar y colocación; según el sistema internacional de código de colores recomendado por SENSAR (Sistema Español de notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación) y el ISMP - España (Instituto para el uso Seguro de los Medicamentos).

Distribución de los carros de medicación de la misma forma en todos los quirófanos, URPA, carro de epidurales ...etc.

Cajas de etiquetado en todos los carros, URPA, paritorio... etc, donde se carga medicación, en el mismo orden y colores.

Cargar las medicaciones con la misma presentación de jeringas, igual volumen y las mismas concentraciones.

Utilizar la misma organización de jeringas con la medicación que se utiliza para una anestesia general, epidural, subdural, bloqueos ...etc.

Se ha realizado el cumplimiento de actividades dentro del calendario marcado, se han realizado las etiquetas y se han colocado en una caja para que estén ordenadas y sea fácil de cogerlas, etiquetado de los cajones de medicación; se ha realizado la difusión al personal implicado en el Servicio mediante reuniones por parte de enfermería y a los anestesiólogos, para poner en conocimiento el proyecto, su funcionamiento y las ventajas en seguridad que se consiguen con ello; se realizaron sendas reuniones en una sesión de los miércoles dentro del calendario marcado, enseñando el material que se había preparado para ello y realización del mismo. También se cambiaron impresiones y se quedó de acuerdo con los responsables de Urgencias y de Uci, para realizar todos los mismos tipos de dosificaciones y diluciones para seguir una pauta común y evitar confusiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado " PROTOCOLO DE MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICAMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA", en la reunión informativa que se realizó, el personal asistente fue : FEA de Anestesiología 9/10, informando con posterioridad a los facultativos que no pudieron acudir, con un valor objetivo alcanzado del 90% pasando al 100%; en la realizada a Enfermería la asistencia fue de 13/15 informando con posterioridad igualmente a los que no asistieron, con un valor objetivo alcanzado del 86.6% pasando al 100%.

En cuanto al cumplimiento del etiquetado por el personal, se ha realizado según el protocolo en un 90%, siendo los motivos de la falta de cumplimiento principalmente: la urgencia, pasando a rotular la medicación para evitar error en la administración al considerarlo quién lo realizó más rápido y otro de los motivos fue rotular medicación que no tiene etiqueta, no utilizando la etiqueta en blanco para ello.

Se ha revisado el remanente de etiquetas en el almacén semanalmente no acusándose la falta de ellas.

La satisfacción con el proyecto por parte de los sanitarios implicados ha sido muy buena, alcanzando el 92%, realizándose mediante encuesta a los implicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El etiquetado correcto de las medicaciones (jeringas, perfusiones y vías de administración);, utilizando siempre el mismo tipo de etiquetas, colores por grupos de fármacos y las mismas presentaciones, diluciones y concentraciones evita errores en las administraciones de medicación y por consiguiente los efectos adversos que pueden tener para el paciente y que pueden ir desde leves a graves, muy graves, incluso mortales; alterando los resultados de los actos médicos, pudiendo aumentar los días de hospitalización con las correspondientes consecuencias que ello conlleva tanto complicaciones en el paciente como mayor gasto sanitario.

Valoramos que este proyecto es sostenible, ya que el gasto que implica no es grande (realizar etiquetas) para el beneficio que supone y la posibilidad de replicación es diaria.

Consideramos que facilita el trabajo diario, ya que al tener todos los carros de medicación igual distribución, código de colores, presentación, diluciones y concentración, el elegir el fármaco que precisas se realiza de forma más rápida y segura.

Por todo ello consideramos muy recomendable la aplicación de este proyecto en la actividad diaria, ya que uno de los errores más frecuentes en el acto anestésico es la confusión de medicaciones.

Se recomienda; si a pesar de la aplicación del protocolo o en caso de no haber sido aplicado surgen errores, comunicarlo y realizar un parte de incidencias para analizar las causas y encontrar posibles soluciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0408

1. TÍTULO

MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICAMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/408 ===== ***

Nº de registro: 0408

Título
MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICAMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA

Autores:
BUENO COSIO OLGA MARIA, CAÑIZARES MOTA ELSIE CARIDAD, CIRUGEDA SALVADOR MARIA PILAR, CONESA MARIN VICENTE JOSE, ESTEBAN CAMPOS ESTHER, GUTIERREZ RUEDA ENCARNACION, HERRERO MIGUEL ANA MARIA, NINA COLQUE NAYRA LUPE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todo paciente quirúrgico
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los errores relacionados con la administración de medicación constituyen un grave problema sanitario, con importantes repercusiones asistenciales y económicas. Numerosos estudios muestran altas tasas de error asociadas a la preparación y administración de medicamentos inyectables, no sólo en anestesia, también en diferentes ámbitos hospitalarios, principalmente por la falta de estandarización en el etiquetado y en la vía de administración. Se produce un error cada 133 procedimientos anestésicos, estimando que 1 de cada 20 errores es grave y 1 de cada 250 es mortal. Por ello la necesidad de utilización de estándares internacionales para una práctica segura de la anestesia y mejorar la calidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover prácticas seguras mediante la identificación de medicamentos que se van a administrar y de la vía de administración.
Estandarizar el etiquetado de jeringas y envases con medicamentos inyectables y las vías de administración, según códigos estandarizados de reconocimiento internacional.
Reducir errores de administración de medicamentos inyectables y mejorar la seguridad de los pacientes.

MÉTODO
Realización de etiquetas para las jeringas y envases con medicación y el etiquetado de las vías de administración; con unas características de tamaño, color, información que debe portar y colocación; según el sistema internacional de código de colores recomendados por SENSAR (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación) y el ISMP-España (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos).
Adecuada difusión a todo el personal implicado mediante Sesiones de Formación en el propio Servicio y Aquellos donde pueda ser tratado el paciente pre o postoperatoriamente.
Organizar y estandarizar el almacenamiento de los medicamentos en todos los quirófanos.
Evitar utilizar más de una concentración, sobre todo en medicamentos de alto riesgo y estandarizar las concentraciones de las diluciones para que sean iguales en todas las áreas donde se trate al paciente pre o postoperatoriamente.
Revisión de cumplimiento de etiquetado.

INDICADORES
Realizar protocolo del etiquetado
Número de asistentes a la formación/ total de integrantes FEA Anestesiología y Enfermería de Anestesiología, con valor objetivo a alcanzar del 85%.
Revisión del cumplimiento del etiquetado por todo el personal y analizar los motivos de la falta de cumplimiento; porcentaje de cumplimentación de etiquetado y preparación de diluciones según protocolo.
Revisión de remanente de etiquetas en almacén para evitar su falta y el incumplimiento del proyecto semanalmente.
Satisfacción con el proyecto por parte de los sanitarios implicados, mayor del 80%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0408

1. TÍTULO

MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICAMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA

DURACIÓN

Protocolo de etiquetado, consenso de diluciones con los Servicios de Urgencias y UCI, homogenización en la distribución de medicación en los carros de anestesia; antes del 15 de octubre.
Formación del personal; antes del 30 de octubre.
Revisión del etiquetado y satisfacción con el proyecto; antes del 31 de diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0003

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE SARA ALEGRE SORIANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERMOSILLA ROBLES CRISTINA
ALONSO PEREZ PILAR
PEREZ ABRIL CONCHA
TOLOS MARIN MARIA TERESA
MARTIN MARTIN ALICIA
CAMPILLO DOBON EVA
LAFUENTE OBENSA ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado un grupo de trabajo, formado por ocho enfermeras, que se han encargado de identificar, analizar y corregir la causas que dificultaban llevar a cabo el check list con las recomendaciones de la OMS, que estaba implantado anteriormente en el quirófano del Hospital Obispo Polanco, hace unos años.

Se ha realizado un listado de verificación de seguridad en el quirófano, adaptado a enfermería para ser implantado a modo piloto por esta categoría profesional, con la perspectiva de que sea todo el personal de quirófano implicado en el proceso, el que se encargue de ponerlo en común.

Se han establecido unas normas de recogida de los ítems de este listado de verificación de seguridad, para que pasen por un doble filtro: enfermera de anestesia e instrumento, en la que una lee los ítems en voz alta y la otra chequea. Se registran los datos, entre ambas.

Se ha modificado la hoja de valoración de enfermería para poder realizar la recogida de datos, facilitando así la exportación de los mismos a nivel informático.

Se solicitó al servicio de informática del hospital su colaboración (previo permiso a dirección de enfermería), para la inclusión del listado de verificación de enfermería, dentro de un programa informático del hospital; quedando así los ítems registrados de cada paciente en dicho programa y en su historia clínica.

El servicio de informática, por su parte, se encargó del diseño del listado a nivel informático para que fuese lo más intuitivo y sencillo de cumplimentar. También lo dejaron instalado en los ordenadores del servicio de quirófano.

Se realizó un sesión clínica para formar a los profesionales del bloque quirúrgico, en cuanto a la sistemática de la realización del listado de verificación, así como su registro en la hoja de valoración de enfermería y su correspondiente cumplimentación informática. En dicha sesión, se mostró los beneficios para el paciente de la aplicación de esta nueva herramienta.

Se envía una solicitud a dirección médica y de enfermería, para la creación de un grupo de trabajo, dependiente de la comisión de seguridad del hospital, para que acredite a las enfermeras implicadas en el incremento de la seguridad de los pacientes y el registro de datos. (Éstos últimos generan una carga de trabajo extra.)

El listado de verificación de enfermería, junto con la nueva hoja de enfermería, se implantó el 20 de marzo de 2019 a modo piloto y se comenzaron a recoger datos desde el 1 de abril.

Para poder comprobar la aceptación del listado de verificación y detectar puntos de mejora, se realizó un curso dentro del plan de formación del SALUD, que estaba abierto a todo el sector. Con gran aceptación por parte de enfermeras del bloque quirúrgico.

La encuesta de satisfacción del personal implicado está programada para realizarla al año y todavía no se ha cumplido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La asistencia a la sesión clínica de formación fue del 93% de profesionales de enfermería.

Medición del número de listados de verificación de seguridad de enfermería:

Número de verificaciones registrados 1630
----- = ----- = 76%
Total de intervenciones realizadas. 2127

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0003

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE ENFERMERIA

Porcentaje de correcta cumplimentación de las listas de verificación :

Formularios correctos 1630
----- = ----- = 100%
Total formularios 1630

La asistencia al curso de formación incluido dentro del SALUD fue del 85% de personal de quirófano.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El listado de verificación de enfermería es una herramienta útil que permite incrementar la seguridad del paciente dentro del bloque quirúrgico.

Este listado detecta incidencias que precisan una actuación inmediata evitando así potenciales complicaciones.

Se ha conseguido favorecer el trabajo en equipo y mejorar la comunicación entre los profesionales.

Este proyecto ha cumplido todos los plazos previstos en su realización, continuando en vigor.

En cuanto a las recomendaciones, se cree oportuno incluir al resto de los profesionales del quirófano implicados en el proceso, puesto que se ha demostrado su efectividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/3 ===== ***

Nº de registro: 0003

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE ENFERMERIA

Autores:
ALEGRE SORIANO SARA, HERMOSILLA ROBLES CRISTINA, ALONSO PEREZ PILAR, PEREZ ABRIL CONCHA, TOLOS MARIN MARIA TERESA, MARTIN MARTIN ALICIA, CAMPILLO DOBON EVA, LAFUENTE OBENSA ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Intervenciones Quirúrgicas Programadas
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En enero del 2007, la Organización Mundial de la Salud lanzó un proyecto dirigido a mejorar la seguridad de la atención quirúrgica a nivel mundial. Esa iniciativa, denominada "Las prácticas quirúrgicas seguras salvan vidas", tiene como objetivo reconocer ciertas normas mínimas de atención quirúrgica que puedan aplicarse de manera universal, en todos los países y entornos.

Los listados de verificación (checklists) son ayudas cognitivas para la realización de determinadas actividades. Se ha demostrado su eficacia tanto en la correcta ejecución de determinadas actividades como en la prevención de errores debido a que sirven para sistematizar las acciones y además son un recordatorio de las mismas.

La inclusión de cada medida de control en la lista de verificación, está basada en pruebas clínicas, opiniones de expertos y la experiencia de los equipos quirúrgicos, por lo que se reduce la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0003

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE ENFERMERIA

Cumplir con estas premisas hace necesario, establecer los pasos y medidas que mejoren la seguridad de los pacientes en el bloque quirúrgico del Hospital Obispo Polanco. Pretendemos llevar a la práctica una lista de verificación efectiva, ya que su intento de implantación con anterioridad, no obtuvo el éxito deseado.

RESULTADOS ESPERADOS

- Creación de una subcomisión de quirófano, formada por ocho enfermeras, que identifiquen, analicen y corrijan la causa de los problemas, que dificultaban llevar a cabo dicha lista de verificación.
- Implantación de una herramienta efectiva, que nos permita incrementar la seguridad en el quirófano, evitar problema comunes, letales y evitables, así como reducir el número de intervenciones suspendidas.
- Favorecer el trabajo en equipo y mejorar la comunicación entre los profesionales, normalizando su uso en principio en enfermería y demostrando su efectividad al resto del equipo interdisciplinar.

MÉTODO

- Formación y composición de una subcomisión quirúrgica, cuyo cometido será:
 - Identificar problemas y establecer medidas para su resolución.
 - Elaborar la lista de verificación y establecer su implantación .
 - Formar a los profesionales del bloque quirúrgico, en cuanto a la sistemática de la realización así como su registro.
 - Enseñar los beneficios de su aplicación y motivar al resto del personal.
 - Adecuar la actual hoja de registro de valoración de enfermería, incluyendo ítems de listado de verificación consiguiendo una doble comprobación y facilitando el registro de forma sencilla y eficaz.
 - Formar al personal del bloque quirúrgico en la nueva hoja de valoración de enfermería
 - Revisar la dotación de material necesario.
 - Solicitar los permisos necesarios a la dirección de Enfermería del Hospital para el manejo informático del listado de verificación de enfermería, creando un registro que permita el uso adecuado de los datos, conservando la privacidad el paciente .
 - Iniciar su aplicación.

INDICADORES

- ?- Medición del número de verificaciones registrados/total de intervenciones realizadas.
- ?- Porcentaje de correcta cumplimentación de las listas de verificación (formularios correctos/total formularios).
- ?- Número de sesiones y asistentes a las diferentes sesiones formativas (conseguir un mínimo de asistencia del 80% de los participantes).
- ?- Encuesta de satisfacción del personal implicado.

DURACIÓN

El tiempo para la planificación de este proyecto es de un año.
La subcomisión del bloque quirúrgico se creó en diciembre de 2017.
Durante el primer cuatrimestre de 2018, se identificaron los problemas relacionados con la anterior implantación y se pusieron en marcha medidas para su resolución.
Durante el segundo cuatrimestre se creó el listado de verificación de seguridad de enfermería como una solución a los problemas detectados, así como su diseño y la toma de decisión de adecuar la hoja de valoración de enfermería.
En el tercer cuatrimestre se modifica la hoja de valoración de enfermería, con la inclusión del los ítems del listado de verificación de seguridad.
Se solicitan los permisos necesarios para el registro y tratamiento de los datos a nivel informático
En el primer cuatrimestre de 2019 se imparte la formación al personal de enfermería y se implanta el listado de verificación, así como las mejoras realizadas en la hoja de valoración enfermera.
El análisis del grado de adherencia se llevará a cabo al final del período anual, así como la medición del porcentaje de correcta cumplimentación.
Las sesiones formativas se llevarán a cabo por los integrantes del grupo de trabajo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0008

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA COBERTURA QUIRURGICA A TRAVES DE LOS PROTOCOLOS DE INTERVENCION

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN MELENDEZ VILLANUEVA
· Profesión TCAE
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BARRERA SORIANO BEATRIZ
HERMOSILLA ROBLES CRISTINA
ESLAVA ESLAVA CELIA
ESTEBAN PANERO MARTA ALICIA
TOLOS MARIN MARIA TERESA
LICER LOPEZ MARIA JOSE
ESCANERO SOLANAS MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades que se han llevado a cabo hasta el momento son las siguientes:

1. En octubre de 2018 se crea el Grupo de Trabajo y se identifican los problemas que se quieren solucionar en relación a la cobertura quirúrgica.
2. En diciembre de 2018 se decide elaborar un Proyecto de Mejora y se solicita su inclusión en 'Proyectos de Acuerdos de Gestión Clínica (AGC) y Contratos Programa (CP) en el Servicio Aragonés de Salud'.
3. El 16 de enero de 2019 a las 8:00 horas se lleva a cabo la primera reunión, en la que se toman las siguientes decisiones:
 - Elaboración de una Guía de uso de cobertura para cada intervención. Realizada en el Hospital General Obispo Polanco. Tiempo de elaboración: 3 meses.
 - Proceder a la revisión de stockage cada 15 días.
 - Elaboración de un plano en formato digital de localización de la cobertura.
4. El 8 de mayo de 2019 se realiza una sesión informativa para exponer el proyecto y las acciones realizadas al resto del personal de enfermería del servicio:
 - Implantación de una Guía de uso de coberturas por cada especialidad, y del plano de localización, como herramientas efectivas de trabajo.
 - Elaboración de una Hoja de Incidencias para reflejar casos de preparación y/o utilización inadecuadas de coberturas, al objeto de poder corregirlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Gran aceptación del proyecto por parte de todo el personal del bloque quirúrgico
2. Asistencia a la sesión formativa: 89% de los profesionales de enfermería implicados.
3. Para calcular los indicadores del uso de la guía de coberturas quirúrgicas, se optó por recoger datos de las intervenciones de Traumatología y Cirugía:
 - N° coberturas preparadas con la guía en Trauma: 987 /
 - N° total de intervenciones de Trauma en 2019: 987 =
 - Uso de la guía en intervenciones de Trauma: 100%
 - N° coberturas preparadas con la guía en Cirugía: 1273 /
 - N° total de intervenciones de Cirugía en 2019: 1273 =
 - Uso de la guía en intervenciones de Cirugía: 100%
4. El 63% de TCAEs de nueva incorporación, de este año, se les presentó la guía de uso de cobertura; posteriormente se les realizó una encuesta de satisfacción, siendo el 98% de los ítems favorables en cuanto a la efectividad de esta herramienta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. La estandarización del uso de la cobertura por intervenciones ha resultado una herramienta muy útil, facilitando el trabajo en tiempo y aprendizaje al personal de enfermería del Servicio de Quirófano del Hospital Obispo Polanco de Teruel.
2. Ha favorecido el trabajo en equipo, al haber tenido en cuenta opiniones y aportaciones de todo el equipo quirúrgico a la hora de elaborar la guía.
3. Se ha cumplido el plazo previsto para su realización.
4. Se considera que se han cumplido buena parte de los objetivos que se establecieron en el arranque del proyecto:
 - Reducir coste económico eliminando gastos en coberturas innecesarios.
 - Ayudar a reducir los tiempos quirúrgicos.
 - Mejorar la coordinación del Equipo.
 - Asegurar que las coberturas mantienen las características físicas adecuadas.
 - Mejorar la estimación de existencias de coberturas en el almacén.
5. Se propone continuar con la práctica de uso de la guía de utilización de coberturas y del plano de ubicación de las mismas en almacén, actualizando ambos documentos cada vez que se estime necesario, como mínimo anualmente.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0008

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA COBERTURA QUIRURGICA A TRAVES DE LOS PROTOCOLOS DE INTERVENCION

*** ===== Resumen del proyecto 2019/8 ===== ***

Nº de registro: 0008

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD: OPTIMIZACION DE LA COBERTURA QUIRURGICA A TRAVES DE LOS PROTOCOLOS DE INTERVENCION

Autores:
MELENDEZ VILLANUEVA MARIA DEL CARMEN, SORIANO BARRERA BEATRIZ, ESCANERO SOLANAS MARIA JESUS, ESLAVA ESLAVA CELIA, ESTEBAN PANERO MARTA ALICIA, LICER LOPEZ MARIA JOSE, HERMOSILLA ROBLES CRISTINA, TOLOS MARIN MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Resulta relativamente frecuente en quirófano la apertura en exceso de coberturas quirúrgicas, en una cantidad por encima de la estrictamente necesaria, lo que causa no solo un sobrecoste innecesario y un aumento de la gestión de residuos, sino también un aumento de la duración del tiempo quirúrgico perioperatorio. Con este proyecto pretendemos protocolizar para todo el personal de la unidad el uso de las coberturas, lo que redundará en una optimización del tiempo y de los recursos.
La existencia de este protocolo será especialmente beneficiosa para el personal nuevo o temporal, eliminando dudas y posibles errores en el uso de coberturas.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la calidad asistencial en quirófano mediante las siguientes acciones:
1º) Reducir el coste económico o eliminar gasto innecesario.
2º) Reducir los tiempos quirúrgicos.
3º) Mejorar la coordinación en este campo.
4º) Asegurar que la cobertura mantiene las características físicas adecuadas.
5º) Realizar un recuento del número total de pacientes que, por cualquier motivo y desde cualquier especialidad, pasan por quirófano, mejorando así los datos y dándoles mayor visibilidad.
6º) Mejorar la estimación de existencias de cobertura que debe haber en almacén.

MÉTODO
Actualmente, para el stockage de coberturas en almacén, se realiza una estimación quincenal. A esta práctica actual, que debería unirse al protocolo, deberían añadirse otras:
• Guía de utilización de la cobertura para cada intervención concreta.
• Plano de localización de la cobertura en el almacén de área.
• Correcta señalización, rotulación y orden de las cajas contenedoras por fechas de consumo/caducidad y especialidad y/o tipo de intervención.
• Formación continuada en el uso de coberturas para todo el personal quirúrgico mediante sesiones y cursos, así como formación individualizada para el personal temporal.

INDICADORES
Check-List con hojas de verificación de:
• Fecha y turno
• Tipo de intervención.
• Tipo de cobertura.
• Fecha de caducidad.
• Adecuación o no de la cobertura utilizada y causas en caso de inadecuación.
Una vez implantado el protocolo, realizar comparativa de costes de compra de coberturas por trimestres o anualidades completas en relación a las anteriores a su implantación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0008

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA COBERTURA QUIRURGICA A TRAVES DE LOS PROTOCOLOS DE INTERVENCION

DURACIÓN

Fechas de inicio y fin de implantación del proyecto: primer trimestre 2019 a ultimo trimestre 2019.

Reuniones de seguimiento:

?periódicas: una por trimestre

?extraordinarias: a demanda o cuando se incorpore nuevo personal (de forma conjunta o individual)

Informe final con análisis de cumplimiento de objetivos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0733

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DEL REGISTRO DE LA RECEPCIÓN Y SALIDA DEL MATERIAL POR ESPECIALIDADES ENTRE EL BLOQUE QUIRÚRGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE EVA CAMPILLO DOBON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALEGRE SORIANO SARA
CORTES GIMENEZ MARIA LUZ
PEREZ MIGUEL MARIA CARMEN
PEREZ SANCHEZ INMACULADA
CORONAS GOMEZ VICENTA MERCEDES
MERCADAL DOMINGO ANA BELEN
MARQUES ESTEBAN MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha diseñado una hoja de registro de entrada y salida del material entre el bloque quirúrgico y la central de esterilización, dividida por especialidades quirúrgicas.
-Se ha establecido un código de colores para marcar el material empaquetado suelto por especialidades:
-O.R.L.----- NARANJA
-OFTALMOLOGIA----- AMARILLO
-CIRUGIA----- VERDE
-TRAUMATOLOGIA----- BLANCO
-UROLOGIA----- AZUL
-GINECOLOGIA----- ROSA
-Se marcaron unas cestillas para cada especialidad (2 para cada una), para recibir y enviar el material dividido por especialidades.
-Se han marcado con cinta termorresistente de color amarillo todos los contenedores para facilitar tanto su distribución como su almacenaje.
-Se realizó una sesión clínica para informar al personal del bloque quirúrgico y al de la central de esterilización sobre:
- La circulación de las cestillas del material sucio y estéril.
- La hoja de registro de todo el material de quirófano (contenedores, cajas, material suelto..).
- Información del código de colores de cada especialidad, para que se pueda distinguir fácilmente cuando llegue el instrumental desde la central de esterilización.
-Tanto la hoja de registro como la circulación de las cestillas y el marcado de colores del material según especialidades, se pusieron en marcha el 15/03/2019; comenzando los registros diarios a partir del 1/04/2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Diariamente se realiza un recuento de todo el material (contenedores, cajas y material suelto) registrado adecuadamente.

-INDICADORES:

%CONTENEDORES NO REGISTRADOS CORRECTAMENTE: (standar 10%)

(n° contenedores no registrados) 1013
----- X 100 = 14.13%
(n° total de contenedores) 7168

% MATERIAL SUELTO NO REGISTRADO CORRECTAMENTE: (standar 15%)

(n° material no registrado) 1570
----- X 100 = 18.23%
(n° total de material) 8611

-No se ha recibido ninguna reclamación de material extraviado.

-La encuesta de satisfacción de los usuarios del bloque quirurgico ha pasado de un 45.50% a un 86.40% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Aunque no se ha llegado al standar previsto del material registrado, se ha conseguido la implatacion de las hojas de registro, y cada vez llega menos material sin registrar.

-Con el código de colores se ha conseguido que el personal nuevo sepa ubicar adecuadamente el material, y así, evitar la pérdida accidental del mismo.

-Todo ello nos permite obtener una mejor trazabilidad del material del bloque quirúrgico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0733

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DEL REGISTRO DE LA RECEPCIÓN Y SALIDA DEL MATERIAL POR ESPECIALIDADES ENTRE EL BLOQUE QUIRÚRGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/733 ===== ***

Nº de registro: 0733

Título
IMPLANTACION DEL REGISTRO DE LA RECEPCION Y SALIDA DEL MATERIAL POR ESPECIALIDADES ENTRE EL BLOQUE QUIRURGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

Autores:
CAMPILLO DOBON EVA, ALEGRE SORIANO SARA, CORTES GIMENEZ MARIA LUZ, PEREZ MIGUEL MARIA CARMEN, PEREZ SANCHEZ INMACULADA, CORONAS GOMEZ VICENTA MERCEDES, MERCADAL DOMINGO ANA, MARQUES ESTEBAN MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las Intervenciones quirúrgicas.
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En este momento el material quirúrgico no se registra por especialidades cuando sale ni entra del bloque quirúrgico, por lo que nunca se puede seguir la trazabilidad de dicho material.
El registro exhaustivo de la entrada y salida del material por especialidades quirúrgicas permitirá una correcta trazabilidad del material, evitando la pérdida accidental, además de un mayor conocimiento del material al marcado según código de colores por especialidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Conseguir una correcta trazabilidad del material, sobre todo en el bloque quirúrgico.
- Evitar la pérdida accidental de material por falta de registro.
- Reconocer la especialidad a la que pertenece cada material según código de colores establecido.

MÉTODO

- Implantar hoja de registro de material en el bloque quirúrgico.
- Utilizar cestas de recepción y distribución de material marcadas por especialidades.
- Marcar el material suelto según código de colores establecido entre la central de esterilización y el bloque quirúrgico.

INDICADORES

-% de contenedores no registrados correctamente :
Numerador: N° de contenedores no registrados correctamente
Denominador: N° total de contenedores que llegan a la unidad
Valor a alcanzar: Contenedores sin registrar sea menor de un 10%

-% de material suelto no registrado correctamente :
Numerador: N° de material suelto no registrado correctamente
Denominador: N° total de material suelto que llegan a la unidad
Valor a alcanzar: Contenedores sin registrar sea menor de un 15%

DURACIÓN

La fecha de inicio prevista para todas las actividades es el 01/04/2019 y será responsabilidad de todos los miembros del proyecto llevar a cabo su implantación.
Se recogerán datos de forma mensual para la evaluación del proyecto.
La duración del proyecto será durante un año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0733

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DEL REGISTRO DE LA RECEPCIÓN Y SALIDA DEL MATERIAL POR ESPECIALIDADES ENTRE EL BLOQUE QUIRÚRGICO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1727

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE CALPE GIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAITA MONREAL SANTIAGO
GATO LEON MANUEL
SILVA GONZALEZ DORINDA
NIJENSOHN BERCONSKY SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos realizado un registro y seguimiento de pacientes seleccionados en consulta externa de insuficiencia cardíaca. Se ha seleccionado a los pacientes en base a la disfunción ventricular severa o intermedia documentada con un ecocardiograma, pacientes con ingresos reiterados por descompensaciones de su insuficiencia cardíaca que precisaban un seguimiento más estricto o la titulación de fármacos implicados en el tratamiento con vistas a valorar su evolución posterior.

Hemos realizado un registro donde, de forma progresiva, se incorporan los datos que hemos considerado fundamentales en el seguimiento y que miden de forma objetiva la estabilidad o no de los candidatos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se incluye un total de 46 pacientes, con un claro predominio masculino, 78.3 % son hombres y 21.7% son mujeres. La edad media de los pacientes incluidos es de 70.2 años, con una mediana de 72 años. Por grupos de edad, hay un predominio de menores de 65 años, con un total de 16 pacientes (34.8%) y en un porcentaje idéntico, los comprendidos entre 75-84 años, siendo el grupo minoritario el comprendido en edades superiores a 85 años, con únicamente 6 pacientes. Además, destacar que gran parte de los pacientes incluidos proceden del medio rural (no residen en el núcleo urbano de Teruel), concretamente un 54.3% y la media de tiempo del desplazamiento es de 43 minutos hasta nuestra consulta debido a la gran dispersión geográfica de nuestra provincia.

Durante el tiempo de recogida de datos se han incluido en consulta 26 pacientes nuevos (56.5% del total) el resto eran candidatos incluidos en consulta desde años anteriores, concretamente desde 2012.

En cuanto a los factores de riesgo, destaca la HTA como el factor mayoritario y predominante del grupo, encontrándose hasta en un 69.6% de los pacientes. Le siguen de cerca la dislipemia con un 58.7% y la diabetes mellitus con un 50%. Destacar que sólo hemos objetivado hábito tabáquico activo en 23.9% del total, probablemente porque todos ellos son portadores de cardiopatía isquémica como origen de su insuficiencia cardíaca y en el momento del evento coronario se les ha informado y asesorado de las medidas higiénico dietéticas y hábitos cardiosaludables así como de los riesgos reales si continúan con el tóxico. Solamente el 15.2 %, confesaba un hábito enólico previo.

En lo que respecta a las comorbilidades: hemos seleccionado la insuficiencia renal crónica y la fibrilación auricular como dos entidades de alto riesgo tanto por poder ser origen de las descompensaciones como por poder sufrir en empeoramiento de ambas en caso de reingreso y/o ajuste de los tratamientos con la consiguiente comorbilidad que ello conlleva. Así pues, el 47.8% de los pacientes son portadores de fibrilación auricular y hasta el 37% presenta insuficiencia renal crónica de distinta etiología, fundamentalmente nefronagiosclerosis y nefropatía diabética. En cuanto a la severidad de la insuficiencia renal crónica hay un claro predominio en estadio 3a (FG: 45-59 ml/min) hasta un 26.1% del total, un 6.5% en estadio 3b (FG 30-44 ml/min) y solo 2 pacientes (4.3%) con filtrado inferior a 30ml/min, pasando 1 de ellos a diálisis peritoneal durante los meses de realización del proyecto por dificultad en la compensación de los síntomas y en la estabilidad clínica.

Se incluyen pacientes con disfunción ventricular intermedia o severa con distintos grupos etiológicos, siendo el principal de origen isquémico en un 26.1%. El resto de grupos los forman, la cardiopatía dilatada idiopática en un 17.4%, la valvulopatía evolucionada intervenida o no, en un 10.9%, la amiloidosis cardíaca en un 10.9% (como única cardiopatía infiltrativa documentada en otros 5 pacientes) y el grupo que hemos denominado como "otros", con un 19.6% del total. En este grupo, hemos incluido pacientes con taquimiocardiopatía, cardiopatía no compactada, pacientes con disfunción diastólica y un síndrome de Kearns Sayre. Destacar que únicamente se recogen 3 pacientes con disfunción ventricular de origen enólico, ninguno por toxicidad (QT/RT) y hay 4 pacientes pendientes de completar estudio para filiar el origen de la disfunción.

En cuanto a la alteración cardiológica estructural de nuestros candidatos el 69.6% presentaban dilatación ventricular izquierda (32 pacientes), sólo 9 pacientes (19.6%) no presentaban dicha dilatación y concretamente en 5 pacientes (10.9%) el motivo de las descompensaciones era la insuficiencia cardíaca derecha. Según su FEVI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo), el grupo mayoritario lo forman los pacientes de FEVI reducida con 34 candidatos, de los cuales, en 22 (47.8%) se objetiva una FEVI entre 30-39% y en 12 (26.1%) una FEVI inferior 30%. El grupo minoritario lo forman los pacientes con FEVI en rango intermedio (FEVI entre 40-49%) con un total de 4 pacientes (8.7%) y destacar que hasta un 17.4% (8 pacientes incluidos) son pacientes con FEVI conservada, la mayoría de origen infiltrativo o con disfunción ventricular derecha e hipertensión pulmonar severa fundamentalmente asociado a valvulopatía mitral. Concretamente, la valvulopatía mitral está ampliamente distribuida en este grupo de pacientes: 15 pacientes (32.6%) presentan IM ligera y con el mismo número y porcentaje se presenta la IM moderada. Sólo en 8 pacientes, se ha documentado la IM severa. Sin embargo, el 26.1% de los pacientes presenta hipertensión pulmonar severa (mayor de 60 mmHg) y el 10.9% de los pacientes hipertensión pulmonar moderada (entre 45-59 mmHg).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1727

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Finalmente, se ha registrado datos evolutivos en consulta de insuficiencia cardiaca tanto de la clase funcional, como de reingresos, tratamientos farmacológicos y de dispositivos. Además, 3 pacientes, por motivos de inestabilidad previa, con reingresos frecuentes, han pasado al régimen de ingreso programado para la administración de tratamiento inotrópico con dobutamina o levosimendan cada 2-3 semanas.

En cuanto a la clase funcional de nuestros pacientes en el momento de entrada en la consulta de insuficiencia cardiaca, es el grupo en clase funcional III el mayoritario con un 50% le sigue en frecuencia, la clase funcional II con un 37% y después la clase funcional I con un 10.9% . Sólo un paciente se incluyó en consulta en clase funcional IV. Reevaluados a posteriori, hay que destacar que el grupo mayoritario pasa a ser el grupo en clase funcional II con el 58.7.% de los pacientes y el grupo funcional I con el 32.6% . Encontramos sólo 3 pacientes en clase funcional III y ningún paciente en clase funcional IV.

Por lo que respecta al PRO-BNP desde su inclusión en consulta, excluyendo los valores de las descompensaciones agudas, hasta la reevaluación posterior, hemos objetivado un descenso significativo (superior a 100ng/l) en el 54.3% de los pacientes, aunque también se ha incrementado en el 26% de los pacientes. Destacar que en el grupo donde se ha incrementado el PRO-BNP coincide con el deterioro clínico de los pacientes, siendo alguno de los casos con reingreso por descompensación o de los programados para tratamiento inotrópico. Curiosamente los 4 éxitos que hemos documentado durante el registro y que suponen un 8.7% del total de pacientes, forman parte de este grupo, independientemente de que la causa del éxito no fuese la insuficiencia cardiaca. De hecho, sólo 1 de los cuatro pacientes falleció por insuficiencia cardiaca refractaria en el contexto de una amiloidosis cardiaca y una sepsis secundaria a una espondilodiscitis por Streptococo Agalactiae, mientras que los 3 restantes fallecieron por un adenocarcinoma esofágico, una isquemia arterial aguda de extremidad inferior derecha y un shock séptico por una colecistitis aguda.

En cuanto a reingresos, independientemente del motivo, fueron 18 los pacientes (39%) que lo precisaron, con un total de 35 reingresos, aunque la mayoría sólo presentó uno. Concretamente reingresos por algún motivo cardiológico urgente fue un 28% (13 pacientes) y por insuficiencia cardiaca descompensada un 15% (7 pacientes con 14 reingresos), siendo la media, mediana y moda de reingresos por insuficiencia cardiaca de 2. Destacar también que en cuanto a la media de días hasta que el paciente precisa un ingreso en general es de 610 días, siendo sin embargo esta media muy inferior (489 días de media hasta el ingreso) cuando el motivo es por insuficiencia cardiaca descompensada.

Por lo que respecta a los tratamientos farmacológicos, la mayoría de los pacientes a su llegada consulta reciben tratamiento con furosemida (91.2%), eplerenona o espirolactona (82.6%), betabloqueantes (73.9%) y curiosamente en menor porcentaje (67.4%) IECA o ARA-II motivado fundamentalmente por la hipotensión y la insuficiencia renal. Tras el seguimiento en consulta, destaca la amplia reducción de la utilización de furosemida al 78.3%, así como los antagonistas del receptor mineralcorticoide hasta 76.1%, siendo posible la retirada de ambos en algunos casos. En cuanto al tratamiento con betabloqueantes la cifra se mantiene idéntica y se incrementa discretamente hasta el 71.7% el tratamiento con IECA o ARA II durante el seguimiento en consulta. Otro aspecto reseñable lo hemos encontrado en la administración de sacubitrilo-valsartan a un 15.2% de pacientes (7 pacientes) antes de la revisión en consulta, sin embargo, tras la valoración posterior la cifra de pacientes que lo reciben se ha triplicado hasta un 47.8% (22 pacientes), con muy buena tolerancia, mejoría de la clase funcional de los enfermos y con mínimos efectos secundarios. Además nos ha llamado la atención los resultados obtenidos con la empaglifozina, que ha duplicado su uso en consulta, de 5 pacientes (10.9%) que ya lo recibían al inicio del seguimiento, hasta 12 pacientes (26.1%) que lo utilizan en controles posteriores.

Finalmente, en cuanto a la terapia con dispositivos comentar que un 13 % de pacientes (6) son portadores de marcapasos ya desde su entrada en consulta y no se ha incrementado el número. Sin embargo, hemos duplicado el numero de pacientes con resincronización (TRC) y DAI, ambos hasta un 4.3%, existiendo 2 pacientes en cada grupo de terapia y a ninguno de los candidatos se le ha implantado la terapia conjunta con DAI-TRC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. En nuestra consulta de insuficiencia cardiaca hay un claro predominio de hombres jóvenes con cardiopatía isquémica como principal motivo de la insuficiencia cardiaca y con factores de riesgo tan prevalentes como la HTA, dislipemia y la diabetes.
2. Dado que se trata de una consulta de insuficiencia cardiaca la FEVI esta severamente reducida hasta en un 73.9%
3. Destacar la clase funcional III como la más habitual previa (hasta el 50% de los pacientes) para reducirse tras la intervención en consulta hasta un 6.5% y pasar a ser la clase funcional II, la más prevalente (hasta el 58.7%) con la consiguiente mejoría clínica de los pacientes
4. En cuanto a porcentaje de pacientes que reingresan es elevado, hasta un 39.1%, sin embargo, por descompensación de su insuficiencia cardiaca se sitúa en el 15.2%. Destacar que pese a un 8.7% de mortalidad, la causa de las muertes fue no cardiológica, motivada por la alta comorbilidad de nuestros pacientes.
5. Finalmente, lo que objetivamos es que el seguimiento estrecho de los pacientes y la titulación de fármacos es fundamental a la hora de mejorar la clase funcional, evitar descompensaciones y con ello el deterioro clínico de los pacientes. Pero lo que hemos confirmado es que la educación de estos pacientes y de sus familias, tanto en el manejo de líquidos como en la toma de diuréticos según su estado y el reconocimiento de los signos de alarma, nos ha garantizado en un gran número de pacientes su estabilidad y su bienestar clínico. Por todo ello, creemos fundamental la existencia de un equipo multidisciplinar que desarrolle su papel en todos los ámbitos tanto diagnóstico como farmacológico y educacional, siendo fundamental en este caso el papel de la enfermería que venimos reivindicando desde el inicio.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1727

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1727 ===== ***

Nº de registro: 1727

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Autores:
CALPE GIL MARIA JOSE, GATO LEON MANUEL, LAITA MONREAL SANTIAGO, SILVA GONZALEZ DORINDA, NIJENSOHN BERCONSKY SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La insuficiencia cardíaca (IC) es el paradigma de las enfermedades crónicas de nuestro tiempo y es un auténtico problema de salud pública. La prevalencia total de la IC está en aumento debido al envejecimiento de la población, la mayor supervivencia de los pacientes que sufren eventos coronarios (una de las mayores causas de IC) y su aparición en edades más tempranas. La prolongación de la esperanza de vida, la mejora de las condiciones sociales, el mejor control de los factores de riesgo vascular, y la alta prevalencia de diabetes, obesidad e hipertensión arterial han conducido a la consideración en el momento actual de la IC como una auténtica epidemia.

Estudios realizados en el ámbito europeo, como el Rotterdam Study, confirman que la prevalencia de la IC aumenta con la edad desde un 0,9% entre los 55 y 64 años, a un 17% por encima de los 85 años. La tasa de incidencia es de 14,4 personas por cada 1000 habitantes y año, siendo ligeramente superior entre los varones (17 vs 12). La tasa de incidencia casi alcanza el 50% en las personas de más de 90 años. El riesgo de sufrir IC a lo largo de la vida es, según este estudio, en la población general, de alrededor de un 30% a partir de los 55 años.

RESULTADOS ESPERADOS

- Proporcionar un cuidado integral al paciente con IC en cualquier estadio de la enfermedad, reduciendo su impacto personal y social, mediante la adecuación del consumo de recursos y el apoyo al entorno familiar y social del paciente.
- Reducir el número de estancias hospitalarias por IC agudizada, ajustando los criterios de ingreso y su duración.
- Reducción del número de los reingresos ocasionados por los episodios de descompensación de la IC crónica, mediante la racionalización del consumo de recursos, adecuando las necesidades clínicas reales a los dispositivos asistenciales existentes.
- Establecer un programa de atención ambulatoria eficiente y sin demora para el control de los pacientes con IC crónica estable.
- Establecer un programa de atención ambulatoria ágil, eficaz e inmediato para la atención a demanda de pacientes con IC crónica descompensada alternativo a la frecuentación de las salas de Urgencias Hospitalarias.
- Establecer un programa coordinado con los Equipos Sanitarios de Atención Domiciliaria, de atención al paciente terminal de IC.
- Desplegar un programa preventivo a largo plazo, coordinado con otras unidades de ámbito extra-intrahospitalario, dirigido a lograr un mejor control de los factores de riesgo de la IC, la educación para la salud y la prevención de eventos cardiovasculares.
- Colaborar en la formación y adiestramiento de profesionales sanitarios en el ámbito de la IC.

MÉTODO

La consulta de IC pretende dar una asistencia integral, orientada al enfermo y sus familiares, de carácter multidisciplinar, coordinado y con el mayor grado de transversalidad posible. Para lograr estos objetivos partiendo de un escalón sanitario único, se precisan las estructuras de producción adecuadas y el tiempo necesario.

La consulta de IC articulará su acción en los siguientes dispositivos coordinados:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1727

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

- Unidad de Hospitalización convencional. Su función es proporcionar la atención adecuada a pacientes que requieren técnicas diagnósticas o medidas terapéuticas que no puedan realizarse ambulatoriamente. El objetivo del dispositivo es la adecuación de las estancias, reduciendo la estancia media.
- Consulta externa programada. Su función es el diagnóstico y seguimiento de los pacientes una vez estabilizados pero que todavía requieren supervisión por el médico y/o enfermera de Atención Especializada. A su vez se centrará en dos grupos de pacientes, en 2 dispositivos diferenciados:
 - Consulta precoz tras el alta. Con la finalidad de comprobar la estabilidad del paciente y titular las dosis de fármacos.
 - Consulta programada periódica. En aquellos pacientes de más difícil control o de mayor riesgo de complicaciones se podrá fijar un esquema de revisiones periódicas diferente y más prolongado quedando su secuencia a criterio del facultativo responsable.

INDICADORES

- % de pacientes con etiología documentada
- % de pacientes con clase funcional y cuantificación de la función sistólica
- % de pacientes con factores de riesgo cardiovascular descritos
- % de pacientes en tratamiento con IECA /ARA -II y dosis
- % de pacientes en tratamiento con diuréticos (furosemida, eplerenona, espirolactona) y dosis
- % de pacientes en tratamiento betabloqueante y dosis
- % de pacientes con otros tratamientos (digoxina, sacubitrilo-valsartan...) y dosis
- % de pacientes que reciben educación personalizada en el manejo de tratamiento, diuréticos, signos de alarma y situaciones de estrés miocárdico, así como seguimiento y control
- % de pacientes sometidos a terapia de re-sincronización y/o desfibrilador implantado
- scores de satisfacción y cuestionarios de calidad de vida
- Reingresos
- Mortalidad

DURACIÓN

- CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO: Octubre 2017
- ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO ÚNICO E IMPLANTACIÓN: último trimestre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0536

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA ASISTENCIAL INCLUIDO EN EL CONTRATO DE GESTION 2018

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE DORINDA SILVA GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GATO LEON MANUEL
CALPE GIL MARIA JOSE
NIJENSOHN BERCONSKY SERGIO
SANCHEZ INSA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han valorado los pacientes con valvulopatía mitral severa orgánica y/o funcional, candidatos a tratamiento quirúrgico (reparación o recambio protésico) o percutáneo (implante de dispositivo MitraClip). Durante todos los meses de 2018 se ha realizado la valoración del paciente candidato, tanto clínicamente como ecocardiográficamente. A los pacientes seleccionados se les ha realizado ETE para mayor matización así como cateterismo previo a decisión por Heart Team. Se ha realizado con los pacientes seleccionados un análisis descriptivo con SPSS tanto de las variables demográficas como de los datos hemodinámicos y de los resultados clínicos/evolutivos. Se ha comunicado mediante artículo en Revista de Cardiología de Diciembre de 2018 los resultados respecto a los pacientes a los que se les ha implantado MitraClip. Por otra parte, se está elaborando material de difusión de los resultados de ambas técnicas (quirúrgica y percutánea) para nuestro área.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La realización del ecocardiograma transtorácico y transesofágico en nuestra Unidad según el protocolo elaborado en la misma, ha permitido implementar la correcta derivación a una técnica u a otra según el perfil del paciente clínico y por datos de ecocardiograma. Se han cumplimentado los siguientes indicadores:

- Número total de pacientes.
- Característica poblacional.
- Porcentaje de pacientes excluidos de cirugía.
- Porcentaje de pacientes en que se realiza reparación quirúrgica mitral.
- Porcentaje de pacientes excluidos de reparación quirúrgica mitral siendo sometidos a sustitución valvular.
- Valoración de parámetros ecocardiográficos previos al procedimiento.
- Valoración ecocardiográfica postprocedimiento.

Fuente: datos clínicos obtenidos por historia clínica y ecocardiográficos por datos de ecocardiograma TT y TE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha permitido una mejor selección de pacientes que ha favorecido a su vez una correcta decisión terapéutica por el Heart Team. Los datos hemodinámicos obtenidos en el ecocardiograma sirven tanto para el manejo médico inmediato en el caso de la IM funcional como en la decisión intervencionista final de su valvulopatía. La realización de las medidas de forma sistemática según el protocolo disminuyen la posibilidad de error en el diagnóstico de la severidad y etiología de la valvulopatía. El número final de pacientes candidatos a dichas técnicas no dan resultados estadísticamente significativos en el estudio, motivo por el cual se prorroga este plan de mejora asistencial a lo largo de 2019.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto inicial se modificó orientándose exclusivamente al estudio de pacientes con patología mitral y sus opciones terapéuticas: tratamiento médico, cirugía de recambio - reparación mitral o implante percutáneo de mitraclip.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/536 ===== ***

Nº de registro: 0536

Título
PROTOCOLO DE ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO 2D Y 3D EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA MITRAL PREVIO A CIRUGIA REPARADORA Y EN PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA QUE SE LES VA A COLOCAR UNA TAVI

Autores:
SILVA GONZALEZ DORINDA, GATO LEON MANUEL, CALPE GIL MARIA JOSE, NIJENSOHN BERCONSKY SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0536

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA ASISTENCIAL INCLUIDO EN EL CONTRATO DE GESTION 2018

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: Obtención de resultados según los indicadores descritos con objetivo de medir la actividad realizada por el Laboratorio de Ecocardiografía en la población seleccionada

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La anatomía cardiaca presenta estructuras geoméricamente complicadas y que se mueven en el espacio con mecanismos funcionales muy sofisticados. El estudio con técnicas de imagen en dos dimensiones resulta bastante limitado, puesto que las imágenes sectoriales en dos dimensiones (2D) convencionales exige que tengamos que hacer adquisiciones geométricas y dificulta la orientación y la interpretación espacial. La Ecocardiografía Transesofágica Tridimensional en tiempo real (ETE 3D) resuelve muchas de estas limitaciones y por tanto se está imponiendo como una de las técnicas de imagen más relevantes para obtención de imágenes anatómicas y su comprensión espacial.

RESULTADOS ESPERADOS

- Selección y estudio de pacientes con insuficiencia mitral para reparación quirúrgica a través de ETE 2D y 3D.
- Estudio de pacientes que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) a través de ETE 2D y 3D.

MÉTODO

6.1 Muchas son las ventajas de la reparación sobre la sustitución por una prótesis. La ausencia de necesidad de anticoagulación, la mayor durabilidad y la ausencia de incremento de la probabilidad de sufrir una endocarditis infecciosa protésica, hacen de esta técnica un procedimiento de elección en muchos pacientes. Establecer una adecuada indicación de reparación y determinar las probabilidades de éxito y aparición de complicaciones, es uno de los objetivos en el estudio ETE 2D y 3D de estas válvulas, previo a la cirugía. Este estudio se considera imprescindible ya que consigue evaluar las diferentes porciones del complejo valvular mitral, para de esta forma informar al cirujano acerca de las posibilidades de reparación y de la mejor técnica para solucionar el problema. Se necesita realizar un análisis sistemático y meticuloso a la hora de evaluar los diferentes componentes:

- Estudio exhaustivo del complejo valvular mitral.
- Dimensiones del anillo mitral.
- Cociente entre el anillo y la valva anterior.
- Existencia de calcio.
- La vista en "face en 3D" valora la válvula mitral sin tener que reconstruirla. Además la imagen en 3D ayuda a la selección del anillo que se va a implantar.
- Valoración de las variables que predicen el fracaso de la reparación de la insuficiencia mitral orgánica: Anillo dilatado mayor de 50 mm, calcificación severa mitral, jet de regurgitación central, prolapso de segmentos del velo anterior, prolapso de tres segmentos o más y escasez de tejido en las valvas.
- Valoración de variables que predicen el fracaso de la reparación de la insuficiencia mitral funcional: Acinesia ventricular, diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo mayor de 65 mm, índice de esfericidad mayor de 0.7, distancia de coaptación mayor de 10 mm, área de tenting mayor de 2.5 cm², ángulo posterolateral mayor de 45 grados y distancia interpapilar mayor de 20 mm.

6.2 Estudio de pacientes que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) a través de ETE 2D y 3D. Con el desarrollo de las técnicas de implante percutáneo de prótesis aórtica (TAVI) la ETE 2D y 3D ha adquirido una mayor notoriedad. Independientemente del tipo de prótesis (Edwards Sapiens o CoreValve) la elección del tamaño de la prótesis es crucial para el resultado satisfactorio del implante. La ETE 2D y 3D deben evaluar el tamaño y la morfología del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) y de la unión ventriculoarterial o anillo aórtico. Las mediciones necesarias:

- Morfología y excentricidad del TSVI.
- Anillo de la válvula aórtica.
- Altura de los senos.
- Diámetro de la raíz de aorta y aorta ascendente.
- Medición del área valvular aórtica en 2D y 3D.
- Localización, extensión y severidad de calcificaciones.

INDICADORES

- 7.1 Pacientes seleccionados y estudiados con patología valvular mitral para reparación quirúrgica valvular:
- Número total de pacientes.
 - Característica poblacional.
 - Porcentaje de pacientes excluidos de cirugía.
 - Porcentaje de pacientes en que se realiza reparación quirúrgica mitral.
 - Porcentaje de pacientes excluidos de reparación quirúrgica mitral y sometidos a sustitución valvular.
 - Valoración de parámetros ecocardiográficos previos al procedimiento.
 - Valoración ecocardiográfica postprocedimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0536

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA ASISTENCIAL INCLUIDO EN EL CONTRATO DE GESTION 2018

- 7.2 Pacientes que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI):
- Número total de pacientes.
 - Característica poblacional.
 - Valoración de parámetros ecocardiográficos previos al procedimiento.
 - Valoración postprocedimiento.

DURACIÓN

Segundo semestre 2017 a 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 - 2019/0899

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA MEDIANTE LA ELABORACION DE UN DIPTICO INFORMATIVO CON LAS RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS EL IMPLANTE DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO Y/O MONITOR CARDIACO INSERTABLE

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE VILLAMON NEVOT
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OREA CASTELLANO ENRIQUE
CONEJOS JERICO LAURA
HERNANDEZ MARTIN CLARA
MENDEZ MUÑOZ ISABEL
LAFUENTE OBENSA ANA BELEN
GATO LEON MANUEL JESUS
MONTON DITO JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Según el cronograma previsto, en el mes de marzo se empezó a realizar una búsqueda bibliografía sobre las evidencias más recientes en el cuidado de los pacientes portadores de marcapaso y de monitor cardiaco insertable. Durante el mes de abril y parte de mayo se revisaron las hojas de recomendaciones que se daban hasta entonces y se elaboraron los dípticos con las evidencias encontradas. También se realizó la encuesta de valoración del usuario y se crearon los indicadores.

La implementación de los dípticos no empezó hasta julio y no en mayo como estaba previsto porque el equipo esperaba una comunicación oficial sobre la aceptación del proyecto y no fue hasta que se preguntó y nos dieron la confirmación de manera verbal que se comenzó. Por este motivo, se decidió continuar con el proyecto hasta final de año y no hasta noviembre como estaba planificado.

Se elaboraron 3 dípticos dirigidos a las siguientes poblaciones: a) Pacientes con primoimplante, b) Pacientes con cambio de generador, c) Pacientes a los que se les ha insertado un monitor cardiaco.

La secuencia de entrega y explicación de las recomendaciones fue la siguiente: a) Por la mañana del día de la intervención: se procedió a la explicación de los cuidados prequirúrgicos y se entregó el díptico resaltando los cuidados en las primeras 24 horas. B) El día posterior y previa alta, se preguntaba por posibles dudas y se entregaba la encuesta para que la depositaran en el buzón que se hizo para tal fin.

Para el desarrollo del proyecto fue necesario un ordenador, impresora a color y elaboración de un buzón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo de julio a diciembre de 2019 se realizaron 18 primoimplantes y 10 recambios de generador. En relación con los indicadores de "Educación sanitaria en pacientes con primoimplante de marcapasos definitivo" y "Educación sanitaria en pacientes con recambio de marcapasos definitivo", el resultado obtenido ha sido 100% para ambos.

El indicador "Educación sanitaria en pacientes con implante de monitor cardiaco insertable" no se pudo medir por no realizarse ningún implante

Se entregaron 26 encuestas y se recibieron 19, obteniendo como resultado del indicador "Realización de encuesta" 73,07% (estándar 70-80%)

Con respecto a los indicadores para medir la satisfacción del usuario (pregunta 1 y pregunta 2) el resultado fue para ambos 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los indicadores previstos cumplen los objetivos planteados.

Tal y como muestran los resultados, aunque a todos los pacientes se les dio y explicó el díptico, dos encuestas no fueron entregadas debido a que un paciente presentaba deterioro cognitivo y no disponía de cuidador principal y otro paciente se encontraba en una situación emocional de estrés y consideramos que no era oportuno entregarle la encuesta.

En cuanto a la realización de la encuesta, aunque el indicador previsto se ha conseguido, creemos que el motivo de que no sea más alto es por las siguientes razones: 1. Muchos de nuestros pacientes son personas dependientes que necesitan de un cuidador principal y nuestra atención es puntual (no estamos ubicados en la unidad de ingreso) con lo que si no se consigue contactar con el cuidador es difícil su recepción porque son ellos los que la cumplimentan, aunque se la entreguemos al paciente. 2. El tiempo para realizar la encuesta quizá sea corto ya que se la entregamos próxima al alta. Para solucionar este problema quizás facilitaríamos la recepción, entregarles un sobre con franqueo pagado para que nos la envíen o darles la posibilidad de entregarla en la primera revisión en la consulta tras el implante. Otra posibilidad sería entregarles la encuesta el día de la intervención cuando les explicamos y les damos el díptico.

Para evaluar mejor estas reflexiones, nos hubiera sido útil incluir en la hoja de la encuesta datos como edad, sexo y si dispone de cuidador principal y quién es.

Se concluye que no es necesario modificar el contenido de los dípticos ya que la satisfacción ha sido del 100%. Se prevé que cuando surjan nuevas evidencias en cuanto a recomendaciones (avances tecnológicos, interferencias y cuidados), se procederá a una revisión de los dípticos y su modificación correspondiente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0899

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA MEDIANTE LA ELABORACION DE UN DIPTICO INFORMATIVO CON LAS RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS EL IMPLANTE DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO Y/O MONITOR CARDIACO INSERTABLE

Como actividad pendiente queda valorar el díptico del monitor cardiaco insertable ya que en durante este periodo no se ha realizado ningún implante.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/899 ===== ***

Nº de registro: 0899

Título
INTERVENCION EDUCATIVA MEDIANTE LA ELABORACION DE UN DIPTICO INFORMATIVO CON LAS RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS EL IMPLANTE DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO Y/O MONITOR CARDIACO INSERTABLE

Autores:
VILLAMON NEVOT MARIA JOSE, OREA CASTELLANO ENRIQUE, CONEJOS JERICO LAURA, MARTIN HERNANDEZ CLARA, MENDEZ MUNOZ ISABEL, RICO ZAPARA MELANI, LAFUENTE OBENSA ANA BELEN, GATO LEON MANUEL JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Alteración conducción cardiaca
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación sanitaria y satisfacción del usuario

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La información al paciente y la familia sobre los cuidados tras el implante y la adquisición de conocimientos es un punto clave para integrar los cambios a su vida diaria y fomentar el autocuidado. En los últimos años, han sucedido diferentes mejoras en los dispositivos, por lo que las recomendaciones actuales deberían incorporar estas mejoras. En este sentido, vemos la necesidad de actualizar estas recomendaciones y presentarlas al paciente y la familia en un formato que les resulte más atractivo visualmente y con un lenguaje adaptado a los pacientes ya que la mayoría son personas de edad avanzada con estudios primarios y que no tienen acceso a las nuevas tecnologías. A los pacientes que se les inserta un monitor cardiaco se les presta una educación sanitaria verbal pero no se les entrega ningún documento con recomendaciones en formato papel. Vemos la necesidad de elaborar un documento que subsane esta carencia
Las intervenciones a realizar según la taxonomía enfermera NIC son: Educación para la salud, Mejorar el acceso a la información sanitaria, Facilitar el aprendizaje, Enseñanza: proceso de enfermedad, Enseñanza: individual, Enseñanza: prequirúrgica

RESULTADOS ESPERADOS
1) Facilitar y fomentar la adquisición de conocimientos a los pacientes portadores de marcapasos y monitor cardiaco insertable.2) Prevenir complicaciones postimplante.3) Evaluar la adecuación, la calidad de la información recibida y la satisfacción por parte del usuario.
POBLACIÓN DIANA: Pacientes con primoimplante de marcapasos definitivo, a los que se les realiza un recambio de generador y a los que se les implanta un monitor cardiaco

MÉTODO
1.Realización de 3 dípticos que contengan las recomendaciones a: a) Pacientes a los que se les ha realizado primoimplante, b) Pacientes tras recambio de generador, c) Pacientes tras implante de monitor cardiaco.
2. Elaboración de una encuesta para los pacientes para valorar si la información del díptico es comprensible, fácil de leer y la satisfacción con la educación recibida. El fin es evaluar la realización de algún cambio en los documentos. Esta encuesta será depositada de manera anónima en unos buzones que se encontraran en el control de la planta.
3.Creación de indicadores
4. Implementación: la educación se realizará en la habitación del paciente en dos periodos: a) Día de la intervención: Por la mañana (el procedimiento se realiza por la tarde) se procederá a la explicación de los cuidados prequirúrgicos y daremos el díptico resaltando los cuidados durante las primeras 24 horas tras el implante. B) Día posterior a la intervención: Se reforzarán los contenidos del díptico, se resolverán

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0899

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA MEDIANTE LA ELABORACION DE UN DIPTICO INFORMATIVO CON LAS RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS EL IMPLANTE DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO Y/O MONITOR CARDIACO INSERTABLE

posibles dudas y se entregará la encuesta para que sea depositada en el buzón antes de irse del hospital. En el caso de los pacientes con monitor cardiaco insertables como su estancia hospitalaria es menor a 24 horas, la educación sanitaria se realizará antes de la intervención quirúrgica

5. Revisión de las encuestas, implementación de las posibles mejoras si es necesario. Se prevé que sean necesarias 4 reuniones. 3 hasta la implementación de los documentos y creación de los indicadores y una última, para la evaluación del proyecto

INDICADORES

Indicadores Proceso: Educación sanitaria en pacientes con primoimplante de marcapasos definitivo, educación sanitaria en pacientes con recambio de marcapasos definitivo, educación sanitaria en pacientes con implante de monitor cardiaco insertable. Fuente de datos: Informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta. Estándar: 100%

Indicadores Resultado: Realización de encuesta, Satisfacción con la información recibida, Satisfacción con la documentación recibida. Fuente de datos: Encuestas depositadas en el buzón. Estándar: 70-80%

DURACIÓN

Marzo: Revisión documentación. Abril: Realización dípticos, encuesta y creación de indicadores. Mayo-noviembre: Implementación. Octubre: Evaluación encuestas y proyecto. Noviembre: Realización de mejoras si es necesario

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 - 2016/1732

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA UTRILLAS MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OSET GARCIA MONICA
FERNANDEZ PERA DIEGO
RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN
MORENO OLIVIERI ALBERTO
SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE
IRANZO GARCIA CONCEPCION
DEL VAL GIL JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Servicio de Consultas y Admisión ha trabajado conjuntamente y ido a varias reuniones a Zaragoza para llevar a cabo la codificación de la agenda de pie diabético. Finalmente se ha creado una agenda en HP-His estandarizada con la misma denominación que el resto de Aragón. El personal de enfermería se ha reunido en varias ocasiones y ha trabajado sobre la cartera de servicios que se ofrecerá en la consulta de pie diabético.

En el mes de noviembre de 2017 la enfermera que se encargará de la consulta ha ido al Hospital Provincial de Zaragoza para formarse en la atención al paciente con pie diabético de forma que se pueda implementar la consulta de pie diabético en nuestro hospital. Posteriormente se expuso el proceso y circuito de atención en la consulta monográfica del hospital por la enfermera con competencias avanzadas y se preparó el material considerado necesario para la consulta tanto para llevar a cabo la evaluación del paciente como para las curas. Se prevé que posteriormente se forme otra enfermera del hospital para poder atender esta consulta en caso de que falle la primera.

La Dirección de enfermería del hospital se puso en contacto con la Dirección de Atención Primaria para comunicarle la intención de poner en marcha esta consulta y solicitar una persona de referencia para trabajar el circuito de derivación desde AP.

Se ha programado un curso de formación continuada sobre atención al pie diabético para 2018.

El equipo encargado del proyecto de mejora se ha reunido con la dirección del hospital con el fin de encontrar la vía más factible para poder poner en marcha la consulta de pie diabético.

Se ha llevado a cabo de un registro de pacientes ingresados con pie diabético en nuestro hospital a lo largo del 2017 y aquellos que han precisado amputación posteriormente.

Se ha llevado a cabo un protocolo de actuación en el caso de pacientes ingresados por pie diabético en nuestro servicio (todavía no implementado)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo de nuestro proyecto es estandarizar el tratamiento de pacientes con pie diabético complicado. Para ello es necesaria la formación, y una enfermera ya ha sido formada en competencias para la atención al paciente con pie diabético.

Por otro lado hemos elaborado un protocolo de actuación, aunque estamos pendientes de su implementación.

Se ha codificado una agenda específica para la consulta de enfermería de pie diabético.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Necesidad de poner en marcha este proyecto impulsado desde los Servicios Centrales pero adaptado a las necesidades y características propias de nuestro sector.

Coordinación y colaboración entre la enfermera con competencias avanzadas y los FEA en cirugía para el buen funcionamiento de la consulta.

Trabajar con otros servicios implicados como: traumatología, rehabilitación, podología para poder implicarles en el proceso.

7. OBSERVACIONES.

En los próximos meses esperamos poner en marcha el protocolo de actuación en pacientes con pie diabético complicado.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1732 ===== ***

Nº de registro: 1732

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1732

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

Autores:
UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA, OSET GARCIA MONICA, FERNANDEZ PERA DIEGO, RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN, MORENO OLIVIERI ALBERTO, SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE, IRANZO GARCIA CONCEPCION, DEL VAL GIL JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Pie diabético complicado con ulceraciones
Línea Estratégica : Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La incidencia de pacientes con pie diabético en nuestro medio hospitalario es elevada, y es frecuente la presentación de complicaciones derivadas del mismo, como el mal perforante plantar, úlceras en superficies de contacto así como isquemia en dedos o focos de osteomielitis. Se ha calculado que al menos un 15% de los diabéticos padecerá durante su vida ulceraciones en el pie, igualmente se estima alrededor de un 85% de los diabéticos que sufren amputaciones, previamente han padecido una úlcera. En nuestro hospital no disponemos de un equipo de trabajo centrado de forma específica, en la atención del paciente con pie diabético complicado.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar el tratamiento de pacientes con pie diabético complicado.
Detectar precozmente aquellos pacientes susceptibles de revascularización o de osteotomías.

MÉTODO

Se formará un equipo multidisciplinar para trabajar en este proceso dentro del Hospital Obispo Polanco. Posteriormente se establecerá un circuito para coordinar las interconsultas de Atención Primaria, valoración y derivación de los pacientes.
Se potenciará la formación específica por parte de un miembro del equipo.
Se potenciará el papel de la enfermería y la colaboración conjunta con los facultativos para estandarizar circuitos, atención a pacientes, resolución de dudas ...

INDICADORES

- 1.- nº pacientes con pie diabético complicado
- 2.- nº de pacientes derivados para revascularización
- 3.- nº pacientes con amputación mayor o menor

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- 1.- Registro y control de pacientes atendidos por el servicio
- 2.- Elaborar un protocolo de actuación en pie diabético complicado
- 3.- Registrar (incluso fotográficamente) la evolución del paciente

DURACIÓN

- 1.- Formación específica por un miembro: noviembre 2017
- 2.- Elaborar protocolo de actuación: noviembre-diciembre 2017
- 3.- Registro de pacientes e implementación del protocolo a partir de enero de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1732

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA UTRILLAS MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OSET GARCIA MONICA
FERNANDEZ PERA DIEGO
RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN
MORENO OLIVIERI ALBERTO
SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE
IRANZO GARCIA CONCEPCION
DEL VAL GIL JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha puesto en marcha la consulta de pie diabético llevada a cabo por una enfermera perfectamente formada. A dicha consulta llegan los pacientes derivados desde Atención Primaria (mediante comunicación directa con la enfermera responsable o a través del Servicio de citaciones del hospital), o desde el propio hospital (tanto pacientes con pie diabético en riesgo como aquellos que precisan curas más detalladas o valoración por el especialista).
La enfermera valora dichos pacientes y si lo considera necesario solicita la valoración conjunta por un cirujano general, que será quien solicitará las pruebas pertinentes o indicará el tratamiento a seguir. Así, desde esta consulta, si es preciso, se pedirá la valoración por el cirujano vascular o el traslado a dicho servicio si fuera el caso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha instaurado una consulta con agenda propia de pie diabético.
Se ha elaborado un registro del paciente valorado en dicha consulta (se han valorado 29 pacientes de los cuales muchos han sido revisados semanalmente en dicha consulta)
Se ha elaborado un registro de los pacientes con pie diabético que han requerido ingreso hospitalario (14 pacientes con pie diabético complicado han requerido ingreso)
Se ha elaborado un registro de los pacientes que han precisado un traslado o derivación a Cirugía Vascular (9 pacientes)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido posible la puesta en marcha de una consulta de pie diabético llevada a cabo por una enfermera especializada con el apoyo de un cirujano general. Además se ha conseguido un circuito de derivación de los pacientes de primaria a especializada mucho más rápido y eficaz, así como una derivación a Cirugía Vascular, si es necesario, también más rápida, lo que va en beneficio directo de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

Queda seguir trabajando para dar la mejor atención al paciente con pie diabético (colaboración con otros servicios como traumatología, rehabilitación, podología...)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1732 ===== ***

Nº de registro: 1732

Título
EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

Autores:
UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA, OSET GARCIA MONICA, FERNANDEZ PERA DIEGO, RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN, MORENO OLIVIERI ALBERTO, SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE, IRANZO GARCIA CONCEPCION, DEL VAL GIL JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Pie diabético complicado con ulceraciones
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1732

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La incidencia de pacientes con pie diabético en nuestro medio hospitalario es elevada, y es frecuente la presentación de complicaciones derivadas del mismo, como el mal perforante plantar, úlceras en superficies de contacto así como isquemia en dedos o focos de osteomielitis. Se ha calculado que al menos un 15% de los diabéticos padecerá durante su vida ulceraciones en el pie, igualmente se estima alrededor de un 85% de los diabéticos que sufren amputaciones, previamente han padecido una úlcera. En nuestro hospital no disponemos de un equipo de trabajo centrado de forma específica, en la atención del paciente con pie diabético complicado.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar el tratamiento de pacientes con pie diabético complicado.
Detectar precozmente aquellos pacientes susceptibles de revascularización o de osteotomías.

MÉTODO

Se formará un equipo multidisciplinar para trabajar en este proceso dentro del Hospital Obispo Polanco. Posteriormente se establecerá un circuito para coordinar las interconsultas de Atención Primaria, valoración y derivación de los pacientes.
Se potenciará la formación específica por parte de un miembro del equipo.
Se potenciará el papel de la enfermería y la colaboración conjunta con los facultativos para estandarizar circuitos, atención a pacientes, resolución de dudas ...

INDICADORES

- 1.- nº pacientes con pie diabético complicado
- 2.- nº de pacientes derivados para revascularización
- 3.- nº pacientes con amputación mayor o menor

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- 1.- Registro y control de pacientes atendidos por el servicio
- 2.- Elaborar un protocolo de actuación en pie diabético complicado
- 3.- Registrar (incluso fotográficamente) la evolución del paciente

DURACIÓN

- 1.- Formación específica por un miembro: noviembre 2017
- 2.- Elaborar protocolo de actuación: noviembre-diciembre 2017
- 3.- Registro de pacientes e implementación del protocolo a partir de enero de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0563

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CÁNCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA

Fecha de entrada: 03/03/2019

2. RESPONSABLE MARTA GONZALEZ PEREZ
· Profesión MÉDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUILLEN GARCIA CARMEN
RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO
OSET GARCIA MONICA
ALEGRE SORIANO SARA
ALVAREZ MORENO ROSA MARIA
OLIVAS IRANZO JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han realizado 2 reuniones con los integrantes del grupo de calidad para revisar bibliografía y establecer líneas de trabajo.
- Dado que la actualización de los protocolos de profilaxis antibiótica se solapa con la iniciativa PROA, la actualización de dichos protocolos se encuentra en proceso a nivel hospitalario.
- Se han realizado charlas y demostraciones sobre la correcta técnica de pincelado antiséptico (pincelado en ambos sentidos, no centrífugo) y de los antisépticos a utilizar, con uso de Clorhexidina en aumento y de manera gradual. Se han solicitado y probado aplicadores desechables y precargados monouso, pendientes de concesión.
- Actualización de los gráficos sobre rasurado hospitalario (a realizar por parte de peluquería), así como recomendaciones al paciente sobre rasurado e higiene previas a la cirugía.
- Con el fin de controlar la normotermia, se utilizan de manera sistemática los sistemas de calor externo (mantas térmicas de convención) en todos los procedimientos a estudio en este Proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Actualización de los protocolos previos, adaptando nuevos espacios para este proyecto de Calidad.
- Elaboración de lista de verificación de seguridad de enfermería en quirófano, donde se incluyen los ítems estándar de un check-list quirúrgico y los propios de este proyecto, como la administración de profilaxis AB, el tipo de antiséptico empleado, el tipo de rasurado realizado, así como un registro de cifras de glucemia preoperatoria, en aquellos pacientes diabéticos, quedando pendiente incluir los datos relativos a la normotermia y normoglucemia.
- Elaboración de check-list de preparación general preoperatoria en el paciente hospitalizado con comprobación de rasurado, según esquemas zonales, higiene practicada por el paciente (ducha con jabón de clorhexidina), cifras de glucemia al ingreso y prescripción antitrombótica y antibiótica profiláctica.
- Actualización de esquemas corporales para un correcto rasurado preoperatorio intrahospitalario.
- Se han realizado reuniones con los diferentes componentes del grupo de Calidad para organizar y realizar charlas informativas sobre las medidas adoptadas.
- Charla informativa con enfermería quirúrgica para explicar los cambios en el check-list y solucionar posibles dudas. Presentación de protocolos y sesión informativa con enfermería de planta para comentar actualizaciones y nuevos check-list preoperatorios. (2 sesiones por grupo de enfermería con alta tasa de asistencia de los profesionales implicados- 90% enfermería quirúrgica y 85% enfermería planta).
- Se han probado y solicitado aplicadores de Clorhexidina desechables, precargados y de un solo uso, pendientes de concesión. Queda pendiente revisar el material necesario por parte de Anestesia para alcanzar los objetivos de normotermia y normoglucemia.
- El objetivo pendiente es la implantación total de las medidas y su evaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que se ha formado un grupo de trabajo competente, a pesar de los inconvenientes acaecidos a lo largo del proceso y que han ocasionado falta de progreso. Por este motivo es necesario mantener la continuidad del proyecto con la intención de cumplir con la totalidad de los objetivos y ofrecer con ello mejoras a los pacientes. Dada la participación del resto de personal implicado en estas mejoras, asumimos que obtendremos una adherencia progresiva a los protocolos y las listas de verificación, permitiendo extrapolar la iniciativa a otros procedimientos quirúrgicos.

7. OBSERVACIONES.

Por motivos ajenos a este Proyecto de Calidad, se han producido modificaciones y retrasos en cuanto a la consecución de objetivos. Uno de los integrantes del Grupo causó baja por finalización de contrato laboral con el Salud, y otro componente mantuvo una baja laboral prolongada, situaciones que han contribuido al retraso en determinados aspectos, sobretodo en el área correspondiente a los procedimientos anestésicos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0563

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO (ISQ) EN CIRUGÍA PROGRAMADA POR CÁNCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMÍA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/563 ===== ***

Nº de registro: 0563

Título
IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO (ISQ) EN CIRUGÍA PROGRAMADA POR CÁNCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMÍA

Autores:
GONZALEZ PEREZ MARTA, GUILLEN GARCIA CARMEN, RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO, OSET GARCIA MONICA, HERRERO MIGUEL ANA MARIA, ALEGRE SORIANO SARA, OLIVAS IRANZO JOSE MANUEL, ALVAREZ MORENO ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Patología digestiva
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Comunes de varias especialidades

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La ISQ es una complicación frecuente y recurrente que limita los potenciales beneficios de las intervenciones quirúrgicas.
A nivel nacional, el estudio EPINE de 2016 estimó que el 7,92% de los pacientes hospitalizados presentaron alguna infección nosocomial, siendo las ISQ las más frecuentes con un 25,66% del total.
En nuestro centro, la incidencia acumulada en el año 2017 de ISQ asociada a cirugía programada por cáncer colorrectal fue del 19,32 y del 0% para la colecistectomía.
Su aparición se relaciona con mayor probabilidad de mortalidad, estancias más prolongadas y mayor probabilidad de reingreso sin olvidar un aumento de los costes sanitarios debido a las pruebas complementarias y el uso adicional de antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del presente proyecto es establecer los pasos y medidas que consideramos necesarios para disminuir la incidencia de ISQ en los pacientes candidatos a estos procedimientos, por parte del Servicio de Cirugía General, mediante la instrucción del personal relacionado con el proceso, la creación de protocolos y listados de verificación (check-list) y la dotación de los recursos materiales necesarios. Los procedimientos que se incluyen en este proyecto son las cirugías programadas de cáncer colorrectal y colecistectomía.

MÉTODO

Las actividades dirigidas hacia la consecución de los objetivos son las siguientes:

- Puesta al día sobre las estrategias para la prevención de ISQ.
- Establecer las medidas preventivas sobre las que actuar:
 - o Adecuación de la profilaxis antibiótica.
 - o Realización de una correcta antisepsia y pincelado de la zona.
 - o Realización de un correcto rasurado.
 - o Mantenimiento de la normotermia.
 - o Mantenimiento de la normoglucemia.
- Elaborar un protocolo asistencial para cada una de las medidas.
- Elaborar los diferentes check-list adaptados.
- Realizar la formación y difusión necesaria al diferente personal implicado.
- Revisar la dotación de material necesaria.
- Iniciar la aplicación de las medidas en casos reales.

INDICADORES

- Número total de protocolos realizados o adecuados.
- Medición del grado de adherencia a los protocolos (protocolos registrados/total de intervenciones).
- Porcentaje de correcta cumplimentación de las listas de verificación (formularios correctos/total formularios).
- Número de sesiones y asistentes a las diferentes sesiones formativas (conseguir un mínimo de asistencia del 80% de los participantes).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0563

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CANCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA

- Encuesta de satisfacción, del personal implicado, sobre los resultados obtenidos.

DURACIÓN

El tiempo para la realización de este proyecto es de un año para la realización y comienzo de implantación de las medidas.

La adecuación de los protocolos se llevará a cabo durante el primer cuatrimestre, comenzando con su aplicación a partir de Septiembre-Octubre de 2018. El análisis del grado de adherencia se llevará a cabo al final del período anual, así como la medición del porcentaje de correcta cumplimentación.

Las sesiones formativas se llevarán a cabo por los integrantes del grupo de trabajo, tras la adecuación de los protocolos y previa a su implantación, siendo los destinatarios el personal implicado en cada uno de los estamentos.

Éstas irán dirigidas según el punto en el que actúe el personal destinatario, es decir, sesiones independientes para enfermería de planta, enfermería de quirófano, Servicio de Anestesia y Servicio de Cirugía, quedando registrada la asistencia a las mismas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0563

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CCR Y COLECISTECTOMIA

Fecha de entrada: 25/02/2020

2. RESPONSABLE MARTA GONZALEZ PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUILLEN GARCIA CARMEN
RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO
OSET GARCIA MONICA
ALEGRE SORIANO SARA
ALVAREZ MORENO ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Adecuación de la profilaxis antibiótica. Actividad realizada en conjunto con la iniciativa PROA. Los documentos se encuentran pendientes de aprobación por las Comisiones correspondientes para su futura publicación.
- Realización de una correcta antisepsia y pincelado de la zona. Uso casi generalizado de Clorhexidina, tanto alcohólica como acuosa. Por el momento, los dispositivos monouso y desechables no se encuentran disponibles en el Centro.
- Realización de un correcto rasurado. Realización de los gráficos ilustrativos con rasurada eléctrica con cabezal desechable de un solo uso.
- Mantenimiento de la normotermia. Utilización sistemática de sistemas de calor externo (mantas térmicas de convención).
- Mantenimiento de la normoglucemia. Comprobación de cifras de glucemia perioperatorias en aquellos pacientes que lo precisen. Esta actividad se lleva a cabo en el momento de ingreso, antes de traslado a quirófano, durante la intervención y en URPA.
- Implementación de listas de verificación. Incorporación progresiva de las listas de verificación en Planta de Hospitalización (Check-list con los ítems preoperatorios) y los check-list intraoperatorios. Este último se encuentra informatizado con acceso mediante clave en el sistema HP-Doctor, de manera que queda ligado al historial del paciente.
- Realización de sesiones formativas sobre la informatización de las listas de verificación. Reuniones con el Departamento de Informática para establecer los ítems reflejados en la lista de verificación, facilitar en la medida de lo posible el uso de esta herramienta y sesiones formativas para el personal implicado en el momento de cumplimentación de los documentos de check-list.
- Realizar la difusión necesaria al diferente personal implicado. Organización de reuniones entre los componentes del grupo de Calidad para organizar y realizar charlas informativas. Se han realizado varias sesiones clínicas con Enfermería de Planta de Hospitalización, Enfermería del Bloque quirúrgico y el Servicio de Cirugía sobre las medidas de prevención de ISQ. Las sesiones estaban abiertas a participación por otros profesionales interesados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido la incorporación de una de las listas de verificación al sistema informático, lo que facilita el acceso a los datos registrados, quedando ligado al historial del paciente.

Alto interés y participación del personal implicado en las sesiones:

- Sesión aplicación informática check-list: realizada para personal de Bloque Quirúrgico, en dos sesiones en días diferentes para facilitar la asistencia, con participación del 90% del personal en Enfermería Quirúrgica.
- Sesiones Clínicas con Enfermería: dos sesiones por personal (Planta y Bloque quirúrgico), en horarios de M y T, con participación del 80% y 90% del personal, respectivamente.
- Sesión Clínica en Servicio de Cirugía: realización de una sesión en el Servicio para la presentación de los nuevos protocolos de Profilaxis AB, con una asistencia del 85%.
- Sesión Clínica en Servicio de Cirugía: realización de una sesión, y pendiente de realizar una segunda, para reincidir sobre las medidas de prevención de la ISQ, con una asistencia del 90%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de los avances obtenidos a lo largo de este año, consideramos necesario prolongar el seguimiento de este Proyecto de Calidad. El personal se implica de manera progresiva y se aprecian cambios en las "costumbres antiguas", como podría ser la antisepsia cutánea con Povidona Yodada, que poco a poco va quedando relegada. Es nuestra intención seguir cumpliendo objetivos, colaborar en la formación de personal de reciente llegada al Centro, siempre en beneficio del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/563 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0563

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CCR Y COLECISTECTOMIA

Nº de registro: 0563

Título
IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CANCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA

Autores:
GONZALEZ PEREZ MARTA, GUILLEN GARCIA CARMEN, RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO, OSET GARCIA MONICA, HERRERO MIGUEL ANA MARIA, ALEGRE SORIANO SARA, OLIVAS IRANZO JOSE MANUEL, ALVAREZ MORENO ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Patología digestiva
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Comunes de varias especialidades

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La ISQ es una complicación frecuente y recurrente que limita los potenciales beneficios de las intervenciones quirúrgicas.
A nivel nacional, el estudio EPINE de 2016 estimó que el 7,92% de los pacientes hospitalizados presentaron alguna infección nosocomial, siendo las ISQ las más frecuentes con un 25,66% del total.
En nuestro centro, la incidencia acumulada en el año 2017 de ISQ asociada a cirugía programada por cáncer colorrectal fue del 19,32 y del 0% para la colecistectomía.
Su aparición se relaciona con mayor probabilidad de mortalidad, estancias más prolongadas y mayor probabilidad de reingreso sin olvidar un aumento de los costes sanitarios debido a las pruebas complementarias y el uso adicional de antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del presente proyecto es establecer los pasos y medidas que consideramos necesarios para disminuir la incidencia de ISQ en los pacientes candidatos a estos procedimientos, por parte del Servicio de Cirugía General, mediante la instrucción del personal relacionado con el proceso, la creación de protocolos y listados de verificación(check-list) y la dotación de los recursos materiales necesarios. Los procedimientos que se incluyen en este proyecto son las cirugías programadas de cáncer colorrectal y colecistectomía.

MÉTODO

Las actividades dirigidas hacia la consecución de los objetivos son las siguientes:

- Puesta al día sobre las estrategias para la prevención de ISQ.
- Establecer las medidas preventivas sobre las que actuar:
 - o Adecuación de la profilaxis antibiótica.
 - o Realización de una correcta antisepsia y pincelado de la zona.
 - o Realización de un correcto rasurado.
 - o Mantenimiento de la normotermia.
 - o Mantenimiento de la normoglucemia.
- Elaborar un protocolo asistencial para cada una de las medidas.
- Elaborar los diferentes check-list adaptados.
- Realizar la formación y difusión necesaria al diferente personal implicado.
- Revisar la dotación de material necesaria.
- Iniciar la aplicación de las medidas en casos reales.

INDICADORES

- Número total de protocolos realizados o adecuados.
- Medición del grado de adherencia a los protocolos (protocolos registrados/total de intervenciones).
- Porcentaje de correcta cumplimentación de las listas de verificación (formularios correctos/total formularios).
- Número de sesiones y asistentes a las diferentes sesiones formativas (conseguir un mínimo de asistencia del 80% de los participantes).
- Encuesta de satisfacción, del personal implicado, sobre los resultados obtenidos.

DURACIÓN

El tiempo para la realización de este proyecto es de un año para la realización y comienzo de implantación de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0563

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CCR Y COLECISTECTOMIA

las medidas.

La adecuación de los protocolos se llevará a cabo durante el primer cuatrimestre, comenzando con su aplicación a partir de Septiembre-Octubre de 2018. El análisis del grado de adherencia se llevará a cabo al final del período anual, así como la medición del porcentaje de correcta cumplimentación.

Las sesiones formativas se llevarán a cabo por los integrantes del grupo de trabajo, tras la adecuación de los protocolos y previa a su implantación, siendo los destinatarios el personal implicado en cada uno de los estamentos.

Éstas irán dirigidas según el punto en el que actúe el personal destinatario, es decir, sesiones independientes para enfermería de planta, enfermería de quirófano, Servicio de Anestesia y Servicio de Cirugía, quedando registrada la asistencia a las mismas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0920

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE TIEMPOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA Y DIGESTIVO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE CONCEPCION IRANZO GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALVAREZ MORENO MARIA ROSA
PEREZ HERRERA ANA ISABEL
RODRIGUEZ VICENTE JAVIER
ROS MINGUILLON RAQUEL
BARRERA MUÑOZ MARIA BELEN
CERCOS CASINO MARIA DEL PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron 5 reuniones con los integrantes del grupo para revisar y establecer líneas de trabajo, (tormenta de ideas) una vez consensuadas todas las propuestas presentadas por los miembros del grupo para mejorar la calidad en la atención y cuidados de enfermería, disminuir la carga de trabajo en el turno de la mañana y mejorar el grado de satisfacción, se decidió trabajar sobre los siguientes puntos:

1. Preparación de las historias de los pacientes que van a ingresar para intervención programada se realizará en el turno de noche puesto que es una tarea que no hay que interrumpir el sueño de los pacientes y supone una descarga de trabajo para el turno de mañana.
2. Cambio de horario en la administración de la ventiloterapia salvo prescripción médica, quedando establecido a las 7, 12,18 y 23 h con el fin de respetar el sueño de los pacientes.
3. Se estudia la posibilidad de cambiar el horario de la antibioterapia pero se decide continuar igual no se ve viable.
4. En cuanto a la toma de constantes vitales se propone que se realicen en el turno de noche con el mismo fin de descongestionar el trabajo en el turno de mañana .
5. A si mismo se establece la revisión de vías periféricas por turno.
6. Se realiza una sesión informativa para el resto del personal para dar a conocer el proyecto y se acuerda ponerlo en práctica durante dos meses, y una vez finalizado éste período se realiza una encuesta al personal para comprobar el grado de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS OBTENIDOS.

Una vez pasadas las encuestas de satisfacción a los enfermeros/as de la planta de cirugía obtenemos los siguientes resultados:

En cuanto a la preparación de las historias clínicas en el turno de noche, hemos comprobado que sí que supone una descarga de trabajo en el turno de mañanas

Es factible, para respetar el descanso del paciente, el nuevo horario de administración de la ventiloterapia.

A si mismo también observamos que revisar el estado y funcionamiento de las vías periféricas y centrales en cada turno, mejoran la calidad tanto para el paciente como para los profesionales, al tener la vía permeable facilita la administración de los tratamientos endovenosos.

En cuanto al cambio del horario de la toma de constantes en el turno de noche se ha observado que no es viable porque supone una interrupción del descanso para los pacientes ya que a esas horas están dormidos como queda reflejado en las encuestas realizadas. En base a este dato obtenido se decide dejar la toma de constantes como se venía realizando hasta ahora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la puesta en marcha en el período establecido, se ha conseguido reducir la carga de trabajo por la mañana y mejorar la calidad de atención al paciente, alcanzando así los objetivos iniciales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/920 ===== ***

Nº de registro: 0920

Título
MEJORA DE LA GESTION DE TIEMPOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA Y DIGESTIVO

Autores:
IRANZO GARCIA CONCEPCION, ALVAREZ MORENO MARIA ROSA, PEREZ HERRERA ANA ISABEL, RODRIGUEZ VICENTE JAVIER, ROS MINGUILLON RAQUEL, LOPEZ ARNAS LAURA, BARRERA MUÑOZ MARIA BELEN, CERCOS CASINO MARIA DEL PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0920

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE TIEMPOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA Y DIGESTIVO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes ingresados en el servicio de cirugía general y digestivo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La situación actual de la planta son tres turnos de enfermería que a lo largo del tiempo se viene observando sobrecarga de trabajo en el turno de mañana y todo ello conlleva a una disminución del tiempo de dedicación a cada paciente, mermando la calidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad en la atención y cuidados de enfermería a los pacientes ingresados en la unidad de cirugía.
Disminuir la carga de trabajo de las enfermeras/os en el turno de mañana .
Mejorar el grado de satisfacción del personal de enfermería y mejorar las expectativas de los pacientes.

MÉTODO

Mediante el uso de diversas herramientas, se analizará la situación de partida y se expondrán ideas (tormenta de ideas) mediante la agrupación de las mismas, uso de DAFO, análisis de fallos y efectos para elegir los problemas sobre los que actuar en primer lugar.
Realizar reuniones periódicas del grupo de trabajo según cronograma previsto.
Finalmente se incidirá en las necesidades formativas del personal, es importante que todos los profesionales sean conocedores de los cambios organizados, por ello se llevarán a cabo sesiones de enfermería en la unidad.

INDICADORES

Encuesta de satisfacción del personal implicado sobre los resultados obtenidos.
Conseguir un mínimo de asistencia del personal implicado en el proyecto-80%.
Conocimientos de la nueva dinámica de trabajo por todos los profesionales.
Sesiones de enfermería informativas al menos cada dos meses.
Disminuir el número de quejas en atención al paciente.

DURACIÓN

La duración prevista para la implementación de este proyecto será de un año.
Sesiones formativas al personal implicado antes de la implementación.
A lo largo del segundo semestre se comenzará la implantación del proyecto durante dos meses y después se evalúan resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1002

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA COLO-RECTAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE DIEGO FERNANDEZ PERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA

MORENO MUZAS CELIA

SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE

RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO

MURCIANO GARCIA FERNANDO

FUERTES MUÑOZ MARIA

DOMINGO LIZAMA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado: Revisión de bibliografía pertinente por parte de los integrantes del grupo.

Reunión, debate y ajuste de las recomendaciones de la vía clínica RICA y de protocolos del Grupo Español de Rehabilitación Multimodal, para confección de protocolos adaptados a nuestro centro.

Valoración de algunas de las medidas a implantar en los servicios implicados (Anestesia y Cirugía General).

Redacción del protocolo.

Confección de base de datos para recogida de datos tras la implantación del protocolo y permitir análisis de los indicadores.

Ha habido retrasos en la elaboración e inicio de implantación del protocolo en la práctica clínica por lo que se ha pospuesto la implantación para el presente ejercicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han debatido algunos puntos y se han adaptado a las características de nuestro centro.

Se ha confeccionado el protocolo para nuestro centro. Pendiente de nueva reunión para aprobación del borrador por los miembros del grupo y remisión a responsable de calidad.

Se ha confeccionado una base de datos para la recogida de resultados tras la implantación y cálculo de indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se planifica nueva reunión para aprobación del protocolo, posteriormente inicio de su aplicación con recogida de datos durante 6 meses según estaba previsto, con sesiones informativas al inicio del mismo en los servicios implicados. Tras el periodo de aplicación comparación de los indicadores descritos en el proyecto, con el periodo precedente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1002 ===== ***

Nº de registro: 1002

Título
IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA ONCOLOGICA COLO-RECTAL

Autores:
FERNANDEZ PERA DIEGO, UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA, MORENO MUZAS CELIA, SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE, RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO, MURCIANO GARCIA FERNANDO, FUERTES MUÑOZ MARIA, DOMINGO LIZAMA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1002

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA COLO-RECTAL

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La aplicación de programas de rehabilitación multimodal en cirugía mayor, buscan optimizar la recuperación postoperatoria. Requieren una colaboración multidisciplinar y consisten en la adopción de medidas para optimización preoperatoria del paciente, perioperatorias y postoperatorias, generales, y específicas por procedimiento, plasmadas en protocolos. Ha demostrado una mejora significativa de la calidad de vida del paciente y de resultados clínicos en cuanto a complicaciones postoperatorias y logran disminuir de manera significativa la estancia hospitalaria. En este sentido, se editó en 2015 por el Ministerio de Sanidad y el IACS, la Vía Clínica de Recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA). El presente proyecto nace ante una necesidad de optimización preoperatoria del paciente, ante una población envejecida y con comorbilidades, alteraciones nutricionales, anemia, etc previos a la cirugía y que condicionan la morbilidad postoperatoria y una mayor estancia hospitalaria. En muchos casos no detectadas y subsanadas preoperatoriamente, lo que justifica la necesidad del proyecto. Asimismo, se observa una necesidad de homogeneizar y actualizar el manejo peri y postoperatorio del paciente. Entre otros, basados en las recomendaciones de la VíaRICA: Evaluación del estado nutricional, anemia, menor ayuno preoperatorio, menor uso de SNG y drenajes, alimentación y movilización precoces, fisioterapia respiratoria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Población diana: Pacientes con neoplasia colorrectal sometidos a cirugía mayor electiva: Se trata de una población con alta prevalencia de anemia, desnutrición y comorbilidades, edad avanzada, además de una incidencia de la patología y de morbilidad postoperatoria suficientes para obtener significación clínica y estadística. De entre ellos, criterios de inclusión adaptados de la Vía Clínica

Objetivos:

Implantación de protocolos de prehabilitación y rehabilitación multimodal basados en la Vía RICA

Mayor implicación del paciente en el proceso

Formación del personal implicado en el proceso

Disminución de morbilidad postoperatoria y estancia hospitalaria mediante (entre otros):

- Detección y tratamiento de factores de riesgo operatorio
- Disminución o retirada más precoz de sonda nasogástrica, urinaria y drenajes.
- Reinicio precoz de tolerancia oral y movilización.

Servir de base para proyectos posteriores que apliquen dichos protocolos a otras intervenciones de cirugía mayor abdominal o de otras localizaciones.

MÉTODO

- Reunión de representantes de los servicios implicados con periodicidad mensual o bimensual según la fase.
- Creación de protocolos para las intervenciones de cirugía colorrectal
- Organización de medidas para detección de riesgo de desnutrición, anemia, descompensación de patología de base y tratamiento. Recomendación de ejercicio para el paciente.
- Entrega al paciente de información sobre el procedimiento
- Entrega de inspirómetro incentivado en preoperatorio
- Sesiones informativas para facultativos y personal de enfermería. Posibilidad de jornadas científicas.
- Recogida prospectiva de datos y comparación con el periodo previo
- Valoración de indicadores

INDICADORES

- Estancia media pacientes de neoplasia colorrectal (datos del servicio de codificación de enero 2017 a junio 2018): 11,92 días (Incluye casos urgentes)
- Estancia mínima teórica tras cirugía colorrectal electiva según protocolos del Grupo Español de Rehabilitación Multimodal: 4 días.
- Índice de aplicación de los principales items del protocolo.
- Variaciones significativas de morbilidad mayor y mortalidad. (Comparación de indicadores entre el periodo de aplicación y periodo equivalente previo.)

DURACIÓN

1. Redacción de los protocolos durante los primeros 2 meses aprox.
2. Presentación del protocolo
3. Jornada formativa para el personal hospitalario
4. Distribución del material necesario (Copias del protocolo, información para el paciente, incentivos respiratorios): Tras la redacción y aprobación del protocolo.
5. Aplicación del protocolo a la población con recogida de datos. Periodo de al menos 6 meses desde redacción y aprobación del protocolo.
6. Tras duración total aproximada de 1 año, valoración de los indicadores y comparación con el periodo previo
7. Presentación de la memoria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1002

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA COLO-RECTAL

OBSERVACIONES

Tras su implantación para el proceso elegido en este proyecto se pueden realizar protocolos para otros procesos de cirugía mayor del mismo o diferentes servicios quirúrgicos.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0148

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE VICENTE DIAZ MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLANCO LLORCA JOSE ADOLOFO
RANERA GARCIA MIGUEL
ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA
MUNIESA HERRERO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Es prioritario para nosotros que a través de este estudio podamos establecer una nueva guía clínica unificada e igualitaria para el manejo del paciente sometido a ATR. Es por ello el inicio de este trabajo de investigación basado en el abordaje multidisciplinar de estos pacientes utilizando técnicas analgésicas novedosas muy poco referenciadas hasta este momento en la literatura internacional. Esta nueva vía clínica proporcionará, la totalidad de pautas a seguir en cuanto a premedicación, técnicas anestésicas asociadas a BNP, actuaciones intraoperatorias, medicación postoperatoria, movilización y cuidados de enfermería en los pacientes acaecidos por gonartrosis desde su ingreso hasta el momento del alta hospitalaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) COMPARAR LOS RESULTADOS DE LA ASOCIACIÓN DEL BLOQUEO IPACK AL CANAL DE LOS ADUCTORES FRENTE AL BLOQUEO NERVIOSO FEMORAL.
- 2) EVALUAR LA CALIDAD ANALGÉSICA POSTOPERATORIA EN LOS DOS GRUPOS DE ESTUDIO PARA LOS TIEMPOS EN HORAS 6, 12, 24, 36 Y 48.
- 3) IDENTIFICAR LA NECESIDAD DE RESCATE ANALGÉSICO CON MORFINA IV, Y EN EL CASO DE NECESITARLO, REGISTRAR EL MOMENTO.
- 4) ESTUDIAR LA FUERZA Y/O CAPACIDAD MUSCULAR ESTÁTICA (TEST DE DANIELS) Y DINÁMICA (TEST UP AND GO) EN LOS MOMENTOS 24 Y 48 HORAS DE POSTOPERATORIO PARA LOS DOS GRUPOS DE BLOQUEO ANALGÉSICO.
- 5) ESTABLECER EL MOMENTO DE ALTA HOSPITALARIA A DOMICILIO.
- 6) ANALISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN EL MANEJO INTRAHOSPITALARIO RECIBIDO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A TRAVÉS DEL ESTUDIO HEMOS CONSEGUIDO ESTABLECER, QUE LOS PACIENTES QUE RECIBEN EL NUEVO PROTOCOLO ANÉSTESICO-ANALGÉSICO DENOMINADO IPACK, PRESENTAN MENOS DOLOR Y MEJOR MOVILIZACIÓN QUE LOS PACIENTES QUE RECIBIAN EL PROTOCOLO DE LA ANTERIOR GUÍA CLÍNICA. ESTE NUEVO BLOQUEO Y LAS NUEVAS ACTUACIONES TANTO PRE / INTRA COMO POSTOPERATORIOS, NOS HAN PERMITIDO UNA ALTA HOSPITALARIA MAS TEMPRANA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA EN NUESTRO CENTRO CON UN MAYOR GRADO DE SATISFACCIÓN POR SU PARTE. ESTA SITUACIÓN HA SIDO EL DETONANTE PARA LA MODIFICACIÓN DE LA GUÍA CLÍNICA DE NUESTRO SERVICIO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1 LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL GRUPO I-C, PRESENTAN MENORES VALORES DE EVA PARA LOS TIEMPOS EN HORAS DE POSTOPERATORIO 6,12,24,36 Y 48.
2. LA MUESTRA INCLUIDA EN EL GRUPO I-C REQUIERE MENOR CONSUMO DE OPIOIDES EN FORMA DE RESCATE ANALGÉSICO, QUE LA MUESTRA INCLUIDA EN EL GRUPO FEMO
3. LA MUESTRA INCLUIDA EN EL GRUPO I-C PRESENTA VALORES MÁS ALTOS EN EL TEST DE DANIELS, TRADUCIDO EN MAYOR FUERZA MUSCULAR ESTÁTICA, QUE LOS DEL GRUPO FEMO EN LOS MOMENTOS 24 Y 48 HORAS DE POSTOPERATORIO.
4. LOS PACIENTES PERTENECIENTES AL GRUPO I-C, CONSIGUEN MENORES TIEMPOS EN LA REALIZACIÓN DEL TEST "UP & GO" TRADUCIDO EN MAYOR CAPACIDAD DE MOVILIDAD DINÁMICA QUE EL GRUPO FEMO EN LOS MOMENTOS 24 Y 48 HORAS DE POSTOPERATORIO
5. LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL GRUPO I-C PRESENTAN MAYOR RANGO DE MOVILIDAD, EXPRESADO EN GRADOS DE FLEXIÓN Y EXTENSIÓN, EN EL MOMENTO DEL ALTA HOSPITALARIA.
6. EL CONTROL DE LA HEMOGLOBINA POSTOPERATORIA A LAS 48 HORAS, ES INNECESARIO CON UNA CONFIANZA DEL 99,9%, CUANDO EL VALOR DE LA HEMOGLOBINA A LAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0148

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

24 HORAS ES IGUAL O SUPERIOR A 10.49 Gr/Dl.

7. LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN ESTA MUESTRA SE VE DISMINUIDA DE FORMA SIGNIFICATIVA ENTRE LOS PACIENTES DEL GRUPO I-C FRENTE AL GRUPO FEMORAL, ESTABLECIÉNDOSE A LAS 72H DE POSTOPERATORIO.

8. EL GRADO DE SATISFACCIÓN ALCANZADO POR NUESTROS PACIENTES HA SIDO MU Y ALTO INDEPENDIEMENTE DEL GRUPO DE ESTUDIO AL QUE PERTENECIERAN.

9. COMO RESULTADO DE ESTE ESTUDIO SE HA INSTAURADO UNA NUEVA GUÍA CLÍNICA PARA LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA EN NUESTRO CENTRO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/148 ===== ***

Nº de registro: 0148

Título
MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Autores:
DIAZ MARTINEZ JOSE VICENTE, PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO, MUNIESA HERRERO MARIA PILAR, TORRES CAMPOS ANTONIO, VICENTE ROMERO MARIA JESUS, PANADERO ROMERO MARIA LUISA, MURCIANO GARCIA FERNANDO, IRISARRI GAMBRA MIREN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....: Vía Clínica

PROBLEMA
La artroplastia total de rodilla y su postoperatorio puede ser muy doloroso, lo que limita la rehabilitación y en consecuencia aumenta de la estancia hospitalaria de estos pacientes.
Habitualmente son pacientes intervenidos bajo técnicas anestésicas a los que se asocia bloqueos nerviosos periféricos para la analgesia postoperatoria, dentro de los cuales, el bloqueo nervioso femoral es el más extendido, y pese a conseguir una calidad analgésica adecuada del compartimento anterior, también provoca debilidad de la musculatura limitando la recuperación. Similar situación es la que ocurre tras bloqueo del nervio ciático, responsable de la analgesia del compartimento posterior. Las técnicas de infiltración local de analgesia (LIA) intraoperatorias, de reciente instauración cuenta con una calidad analgésica óptima con la desventaja de la infiltración sin visión directa así como posibles complicaciones derivadas vasculares.
Estas limitaciones para una rápida deambulación son las que motivan el inicio de este proyecto de trabajo. Está descrito en la literatura, que el bloqueo del canal de los aductores, confiere de una calidad analgésica similar a la lograda con el bloqueo femoral sin bloqueo motor que retrasa la deambulación.
Recientemente se ha descrito el bloqueo definido como IPACK (Infiltration between Popliteal Artery and Capsule Knee) que proporciona una adecuada analgesia del compartimento posterior de la rodilla sin suponer bloqueo motor que limite tanto la recuperación, como la deambulación y consecuentemente, el alta hospitalaria.
Consideramos que la combinación de estos dos bloqueos, puede suponer una precoz recuperación con el objetivo de un alta hospitalaria más temprana

RESULTADOS ESPERADOS
El bloqueo Ipack asociado a canal de los aductores, permite recuperación precoz con calidad analgésica similar a las técnicas nerviosas regionales periféricas utilizadas actualmente sin bloqueo motor, favoreciendo un alta hospitalaria temprana. •Evaluar la calidad analgésica obtenida en los momentos 6-12-24-36 y 48 horas de postoperatorio. •Evaluar la recuperación y rehabilitación del paciente mediante la deambulación y otros test descritos. •Establecer el momento de alta hospitalaria tras el abordaje multidisciplinar de manejo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0148

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

MÉTODO

Se iniciará este estudio que se desarrollará de forma prospectiva en grupo caso (Ipack + canal de aductores) y grupo control (Femoral + ciático), de los intervenidos de artroplastia total de rodilla (PTR) desde el 1 de abril de 2016 hasta 31 de diciembre de 2016, con participación multidisciplinar de profesionales, donde se incluyen, los servicios médicos de Anestesiología, Traumatología, Geriátría, enfermería y Rehabilitación. Como criterios de inclusión: pacientes intervenidos de PTR, índice de Barthel preoperatorio >90, IMC < 35, ASA I-III, sin alergias a los fármacos anestésicos locales tipo amida, paracetamol, AINES y pirazolonas. Se realizará análisis inferencial de las variables correspondientes. Las variables seleccionadas además de las demográficas, índice de Barthel preoperatorio, ASA, hemoglobina, tiempo de isquemia, valoración analgésica según escala EVA, Test de Daniels, test de up and go, goniometría, complicaciones, stair climb test, y alta hospitalaria

INDICADORES

Se recogerá una encuesta de satisfacción previa al alta, de evaluación trimestral por parte de los profesionales. En caso de valoraciones repetidas negativas, se realizará un analisis de resultados con las modificaciones pertinentes.

DURACIÓN

Proyecto de Abril a diciembre 2016. Si resultados positivos. Se instaurará una nueva via clínica de manera indefinida

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0150

1. TÍTULO

GUIA DEL MATERIAL PROTESICO Y OSTEOSINTESIS UTILIZADO EN QUIROFANO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA OSCA GUADALAJARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FLORIA ARNAL LUIS JAVIER
URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR
ROYO AGUSTIN MARIA
CASTRO SAURAS ANGEL
MUNIESA HERRERO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este tiempo de realización del proyecto, se ha llevado a cabo un inventario del material utilizado en quirófano por parte del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gracias a la comunicación entre el servicio de enfermería del quirófano, los representantes de las casas comerciales que proporcionan el producto, y los participantes del proyecto, se ha podido confeccionar un listado del material de osteosíntesis y ortopédico. Se ha recogido el producto utilizado para cada intervención, así como clasificado a la empresa a la que pertenece para poder contactar con el representante comercial en caso de necesitarlo.

Se ha elaborado un listado en Word de dicho material, al cual se puede acceder desde los ordenadores del quirófano. Este documento es editable, con el fin de actualizarlo en caso de cambios o nuevas aportaciones de material. Además, siguiendo el orden del listado en formato Word, se han recogido la técnica quirúrgica de cada material, y clasificado en carpetas. De esta manera se facilita el acceso rápido previo a la cirugía del material que se va a utilizar, tanto por cirujanos como equipo de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado ha sido satisfactorio. El índice de errores por confusión en el material quirúrgico ha disminuido. La seguridad y confianza del personal sanitario en la cirugía ha aumentado debido a la fácil búsqueda del material que se necesitaba y la posibilidad de repasar dicha técnica en el momento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto de mejora ha sido una herramienta útil para organizar, ordenar y conocer con exactitud el material quirúrgico utilizado por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología y del que disponemos nuestro Hospital. Además, ha servido también para actualizar los inventarios antiguos. Nos hubiera gustado la posibilidad de tener una plataforma online o de intranet donde poder subir y editar fácilmente dicho inventario, pero no ha sido posible. Este proyecto no acaba ahora, si no que debe continuarse para mantener actualizado el material quirúrgico y dar una mayor seguridad a nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/150 ===== ***

Nº de registro: 0150

Título
GUIA DEL MATERIAL PROTESICO Y OSTEOSINTESIS UTILIZADO EN QUIROFANO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL HOSPITAL OBISPO DE TERUEL

Autores:
OSCA GUADALAJARA MARTA, MUNIESA HERRERO MARIA PILAR, FLORIA ARNAL LUIS JAVIER, URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR, ROYO AGUSTIN MARIA, CASTRO SAURAS ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0150

1. TÍTULO

GUIA DEL MATERIAL PROTESICO Y OSTEOSINTESIS UTILIZADO EN QUIROFANO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La especialidad de Cirugía ortopédica y traumatología trata las lesiones musculoesqueléticas del cuerpo desde el cuello hasta los pies. Las lesiones pueden requerir una reconstrucción ósea debido a fracturas, implante de prótesis debido a lesiones articulares o tratamiento mediante la utilización de material artroscópico para otro tipo de lesiones. Por ello, el cirujano Ortopeda y Traumatólogo emplea diariamente gran cantidad de material quirúrgico.

Además, existen en nuestro ámbito, múltiples empresas que ofrecen diferentes técnicas y materiales para los procedimientos quirúrgicos. Dentro de un mismo procedimiento, podemos encontrar diferentes tipos de materiales que se adaptan a las características de nuestros pacientes. Por ejemplo, en una prótesis de cadera, existen de tipo cementado o no cementado; vástagos y cotillos de tamaño, morfología y biomaterial diferentes; prótesis primarias o de revisión... Y todo ello con su material de implantación y técnica quirúrgica específica.

Dentro de todo este abanico de posibilidades, los cirujanos eligen el material quirúrgico que mejor se adapte a la patología que presenta el paciente, que sea sencillo y reproducible, así como coste-efectivo. Por ello, tanto el equipo de enfermería, como auxiliares como los propios cirujanos, nos encontramos con gran variedad disponible de material que debemos conocer y manejar en el momento de la cirugía.

La oferta de empresas dedicadas a la venta de productos quirúrgicos para nuestras cirugías es amplia permitiendo que exista un mercado de competencia económica así como la investigación continua y mejora de los materiales. Esto provoca que exista multitud de componente, que si no se conocen y se organizan de manera adecuada, pueden provocar errores quirúrgicos catastróficos para los pacientes.

Proponemos un plan de mejora en nuestro Hospital en la organización y conocimiento del material quirúrgico disponible por el Servicio de Cirugía Ortopedia y Traumatología, con el objetivo de evitar errores y garantizar un procedimiento quirúrgico adecuado.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que todos los profesionales sanitarios del quirófano que vayan a estar presentes en los procedimientos puedan consultar el material quirúrgico disponible según el tipo de cirugía y la técnica quirúrgica del procedimiento elegido según la patología y el paciente.

MÉTODO

Realizar un inventario de todo el material quirúrgico que utiliza el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica que sirva de guía tanto para el Cirujano como los profesionales sanitarios que participan diariamente en las intervenciones quirúrgicas y evitar así posibles errores y asegurar unas condiciones de seguridad.

El inventario estará disponible en los ordenadores del quirófano y del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

INDICADORES

- Índice de errores por confusión en el material quirúrgico.
- Satisfacción y confianza del personal sanitario a la hora de afrontar la cirugía.

DURACIÓN

- Iniciar el proyecto desde el momento su aprobación. Tenerlo realizado en 6 meses e ir actualizándolo según los cambios que se vayan realizando.

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 - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MUNIESA HERRERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CHOCARRO ESCALENO PILAR
FERNANDEZ SANTOS RAFAEL
ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA
URGEL GRANADOS ALEJANDRO
FUENTES GONZALVO EVA
ALONSO PEREZ PILAR
GONZALEZ HERRERO MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.-Desarrollo de un programa de formación: curso formativo del uso del antiséptico hidroalcohol y la adecuación de soporte para su uso.

El día 18-Abril-2018, se celebró de 8-9:30am en la sala de despertar de quirófano, un curso formativo impartido por comercial y director del producto Hartmann. En dicho curso se comentó la eficacia de los productos antisépticos vs jabones antisépticos, la técnica de aplicación antiséptica quirúrgica de manos y la dermatolerancia del hidroalcohol.

La empresa Hartmann facilitó unos dispensadores de solución hidroalcohólica y unos cronómetros con alarma tras un minuto y medio que se colocaron en los quirófanos con actividad Traumatológica (Nº1 y 4). Además se colocó un recordatorio con dibujos de la técnica, para facilitar su aprendizaje. (Anexo 2)

2.-Realización de un estudio de eficacia antimicrobiana del jabón antiséptico versus solución hidroalcohólica.

Se lleva a cabo un estudio prospectivo consecutivo realizando lavado quirúrgico según dos técnicas válidas para la higienización de las manos previa a la práctica de una cirugía.

Se desarrolló en el quirófano 4 del Hospital Obispo Polanco de Teruel (dedicado especialmente al área de traumatología) entre los meses de Mayo y Junio de 2018.

El estudio se llevó a cabo con un total de 20 profesionales sanitarios del área quirúrgica, estando todos ellos adiestrados en los protocolos específicos de lavado de manos quirúrgico y eran profesionales con experiencia en quirófano.

Se consideró como criterios de inclusión:

- o Disposición voluntaria de los participantes.
- o Manos libres de lesiones.
- o Uñas limpias y recortadas. (Las uñas largas son difíciles de limpiar y aumentan el riesgo de rotura de guantes)
- o Ausencia de anillos, relojes y pulseras.13 (ya que dificultan el correcto lavado de manos, especialmente bajo los anillos, donde pueden acumularse gérmenes que actúen como reservorio)
- o Realizar el lavado con gorro y mascarilla quirúrgica.

Se asignó en el momento a cada participante el producto antiséptico a utilizar para el estudio, supervisando personalmente la correcta realización del lavado.

Se realizó el lavado estándar con:

- Un jabón antiséptico cuya composición era gluconato de clorhexidina al 4% (lavado quirúrgico estandarizado con cepillo durante un mínimo de cuatro minutos) El procedimiento desarrollado en el mismo fue el siguiente:13

- o Retirar anillos, relojes y pulseras antes de comenzar el lavado quirúrgico de manos.
- o Colocarse correctamente el gorro y la mascarilla quirúrgica.
- o Humedecer las manos y antebrazos
- o Enjabonar manos y antebrazos desde los dedos hasta los codos con ayuda del cepillo, sin volver a las zonas ya limpias.

o Prestar especial atención a la desinfección de uñas, borde periungueal, dedos y pliegues interdigitales.

Eliminar la suciedad existente debajo de las uñas, utilizando el cepillo de uñas debajo del agua corriente.

o Aclarar desde la punta de los dedos hasta llegar a los codos.

o Secar por contacto, sin frotar, con una compresa o toalla estéril comenzando por los dedos y siguiendo hasta los codos.

o Mantener en todo momento las manos por encima de los codos y separadas del atuendo quirúrgico.

o Antes de ponerse los guantes estériles, las manos y antebrazos deben estar completamente secos. 15

-Y mediante una solución hidroalcohólica (Sterillium cuya composición es: 2-propanolol 45 gramos + 1-propanol 30 gramos etilsulfato de mecetronio y emolientes) con la cantidad suficiente para que no se sequen las manos durante un tiempo mínimo de dos minutos. El protocolo que se siguió se describe a continuación:14

o Retirar anillos, relojes y pulseras antes de comenzar la antisepsia quirúrgica de manos.

o Colocarse correctamente la mascarilla y el gorro quirúrgico.

o Prestar especial atención a la limpieza de uñas, borde periungueal, dedos y pliegues interdigitales.

o Aplicar la cantidad de solución alcohólica, tantas veces como sea necesario (cada vez que las manos estén secas) hasta completar el tiempo de frotación recomendado por el fabricante.

o Fricción de las muñecas.

o Fricción de manos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

- o No secar con toallas. Mantener las manos por encima de los codos hasta la total evaporación de la solución hidroalcohólica.
- o Se debe esperar a que las manos y antebrazos estén completamente secos antes de ponerse los guantes estériles
- o Duración: 1,5 - 3 minutos (según fabricante).15

Las variables recogidas en el estudio fueron las siguientes:

-Cuantitativas discretas: Unidades formadoras de colonias (UFC) pre lavado con alcohol, UFC pre lavado con clorhexidina.

-Se codificaron como variables cualitativas dicotómicas (positivo/negativo): UFC postlavado con alcohol, UFC post lavado con clorhexidina, UFC transcurridas 2 horas con guantes estériles con ambos antisépticos.

Previo al lavado se tomó muestra de los cinco dedos de la mano derecha en Placas de Petri que contenían como medio de cultivo agar sangre (contiene sangre de mamíferos al 5-10% usado para aislar microorganismos). Tras el lavado estandarizado se procedió a la toma de una segunda muestra en la misma localización antes de la colocación del guante estéril. Trascorridas dos horas con guantes estériles se tomó una nueva muestra en la misma localización. Posteriormente a su recogida, las muestras fueron incubadas a una temperatura de 37°C durante un periodo de 48 horas y seguidamente fueron siempre analizadas por el mismo profesional del servicio de microbiología (ciego a la intervención).

En cuanto a la estadística, se describió la muestra en porcentajes para variables cualitativas y para las cuantitativas se usó la media y desviación típica.

Desde el punto de vista cualitativo empleamos el test exacto de Fisher sobre la premisa cultivo positivo o negativo en ambas muestras. Para este análisis se empleó el programa estadístico spss y el nivel general de significación fue de $p < 0,05$.

Durante el periodo de estudio se tomaron 90 muestras en 20 profesionales participantes. De los veinte sujetos que participaron en el mismo, la mitad de ellos utilizaron un lavado con jabón de clorhexidina y el resto una solución hidroalcohólica, según el protocolo descrito en el material y métodos.

La media de UFC antes del lavado fue de 38,8 (DE=13,72) en el grupo de Clorhexidina y 24,4 (DE=28,7) en el grupo del hidroalcohol.

Tras el lavado quirúrgico no se objetivó formación de UFC en las muestras obtenidas mediante lavado quirúrgico con base alcohólica, mientras que se observó una media de UFC de 1,06. En el 100% de la muestra no se obtuvieron resultados de contaminación.

En la tercera muestra tras dos horas con guantes estériles observamos que el grupo de solución hidroalcohólica presentaba una media de UFC de 2,8 frente a 9,33 en el grupo de clorhexidina con cepillo. Esta diferencia sin embargo no fue significativa al realizar la prueba de forma cualitativa mediante una prueba exacta de Fisher. ($p=1$). (Anexo 3).

Resulta evidente que, la principal técnica de desinfección preoperatoria a lo largo de los años ha sido el lavado quirúrgico estándar y las soluciones con base alcohólica se han usado de forma rutinaria en plantas sanitarias, entornos de laboratorio y servicios singulares como las unidades de cuidados intensivos.

Pese a ello, la incorporación de soluciones con preparados de base alcohólica ha servido para impulsar la investigación de otras posibilidades técnicas de desinfección quirúrgica, aunque su sustitución no esté todavía implantada en la actualidad ni tenga una general aceptación.

Aparte de la efectividad desinfectante, la ausencia de sensibilización e irritación cutánea es un aspecto muy importante a tener en cuenta por la repercusión en el personal sanitario, dada su exposición a agentes irritantes durante su práctica habitual.

La dermatitis de contacto irritativa es una de las reacciones más habituales puesto que las condiciones laborales y el tiempo que transcurre entre cada agresión de la piel no permite la restauración completa de la barrera cutánea.16

Podemos encontrar autores como Burch et al17 que llevaron a cabo una comprobación de la eficacia de una solución a base de alcohol con el lavado tradicional con clorhexidina 4% en un entorno quirúrgico previo a la implantación de un catéter venoso central. En este estudio concluyeron que el desinfectante para manos a base de alcohol no mostró ninguna diferencia en comparación con el exfoliante tradicional, aunque indicaron que el primer lavado del día debía realizarse siempre con un jabón antiséptico.

Parianti JJ et al18, tras realizar una comparación de ambos productos y tomando como referencia la tasa de infección de las heridas tras 30 días del procedimiento quirúrgico, concluyeron igualmente que su eficacia era equivalente ya que las diferencias entre ellos no eran significativas.

No obstante lo anterior, cabe reseñar que existen numerosos estudios en los que se concede mayor eficacia a uno que a otro tipo de lavado.

Ejemplo de esto son los trabajos realizados por Santacatalina et al14 Kareem et al 19 Nijinsen et al 20 que encuentran evidencias en que es más efectiva la solución hidroalcohólica que el lavado quirúrgico estándar.

Existen una serie de factores que pueden favorecer la implantación de la solución alcohólica, entre los que cabe destacar:

- Ahorro de tiempo en el lavado
- Eliminar el riesgo de producir afecciones dermatológicas en el personal sanitario, al no utilizar cepillo para su realización.
- Prevenir el riesgo de recontaminación, pues se evita el enjuague de las manos.14
- Menor coste que los productos tradicionales9
- Permite realizar varias intervenciones sin necesidad de salir del quirófano a realizar el lavado.

Por otra parte, pese al resultado obtenido del efecto residual de ambos métodos de lavado, hay autores como Cr Nicolay21 que destacan que la clorhexidina tiene una actividad residual superior a la del alcohol.

En base a los resultados obtenidos en este estudio, se comprueba que tanto las soluciones hidroalcohólicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

como el jabón antiséptico con clorhexidina tienen la misma eficacia para realizar un lavado quirúrgico satisfactorio y prevenir así la posible infección del sitio quirúrgico. En cuanto a su efecto residual con ambos sistemas de lavado analizados, tiene una permanencia superior a 2 horas.

Debido a esto, personalmente las evidencias me inclinan a pensar que la solución alcohólica acabara imponiéndose en breve en nuestro entorno hospitalario ya que existen lugares de la sanidad pública en los que su uso ya está implantado.

Entre las principales limitaciones que pueden influir en el resultado del trabajo cabría destacar el reducido número de muestras que sirvió de base para la realización del mismo, ya que solamente se utilizaron 60 muestras cuando cabe suponer que para obtener unos resultados más concluyentes se requiere generalmente un tamaño muestral mucho más elevado.

Los motivos fundamentales de esta limitación están justificados por el hecho de evitar una sobrecarga de trabajo al equipo de microbiología (realizado desinteresadamente fuera de sus muchas obligaciones habituales), así como minimizar el coste económico que suponía la utilización masiva de las placas de Petri necesarias para su recogida. En cuanto a los sesgos en las conclusiones obtenidas podríamos enumerar los siguientes:

- ? Periodo muestral reducido (tres meses), por los mismos motivos señalados con anterioridad.
- ? Voluntariedad en la selección (no aleatorización).
- ? Análisis de resultados por una única persona.

Limitación del tiempo para la comprobación del efecto residual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Se evalúa la efectividad de los dos productos antisépticos mayormente utilizados en el servicio quirúrgico del HOP (solución hidroalcohólica y jabón antiséptico con cepillo)

- Se realizó un estudio prospectivo consecutivo entre los meses de Mayo y Junio de 2018 con la participación de trabajadores del área quirúrgica y personal del servicio de Microbiología del Hospital Obispo Polanco. Se procede a la recogida y análisis del número de unidades formadoras de colonias en los dedos de la mano derecha de todos participantes: antes, después y trascurridos 60 minutos desde el lavado. (Estudio detallado en actividades realizadas).

Gracias a este trabajo se puede concluir que no hay diferencia entre el lavado con solución hidroalcohólica y el jabón antiséptico con cepillo, en cuanto a la efectividad antimicrobiana y efecto residual en el lavado quirúrgico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Gracias a este proyecto se ha comprobado científicamente, la no superioridad del lavado con cepillo y clorhexidina respecto a la solución hidroalcohólica. Por ello hemos conseguido concienciar al personal la posibilidad de lavado con solución hidroalcohólica sin disminuir la eficacia antimicrobiana del lavado antiséptico.

- El personal de quirófano (auxiliares, enfermeras y médicos) recibieron un programa de formación del uso del antiséptico hidroalcohol y la adecuación de soporte para su uso; cuya encuesta de satisfacción resultó útil y muy útil.

- Se colocaron dispensadores de solución hidroalcohólica y unos cronómetros con alarma.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/128 ===== ***

Nº de registro: 0128

Título
LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Autores:
MUNIESA HERRERO MARIA PILAR, CHOCARRO ESCALENO PILAR, FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA, URGEL GRANADOS ALEJANDRO, FUENTES GONZALVO EVA, ALONSO PEREZ PILAR, GONZALEZ HERRERO VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Infección quirúrgica cero. Lavado quirúrgico
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La higiene de la piel y específicamente de las manos ha sido objeto de estudio desde hace muchas décadas, siendo aceptada como el mecanismo primario de control en la dispersión de agentes infecciosos. La correcta realización de una higiene de manos antes de entrar a quirófano es muy importante ya que durante una cirugía se le priva al paciente de una barrera significativa contra la infección: la superficie cutánea.

Resulta evidente que, la principal técnica de desinfección preoperatoria a lo largo de los años ha sido el lavado quirúrgico estándar. Las soluciones con base alcohólica se han usado de forma rutinaria en plantas sanitarias, entornos de laboratorio y servicios singulares como las unidades de cuidados intensivos. Pese a ello, la incorporación de soluciones con preparados de base alcohólica ha servido para impulsar la investigación de otras posibilidades técnicas de desinfección quirúrgica, aunque su sustitución no esté todavía implantada en la actualidad.

Aparte de la efectividad desinfectante, la ausencia de sensibilización e irritación cutánea es un aspecto muy importante a tener en cuenta por la repercusión en el personal sanitario, dada su exposición a agentes irritantes durante su práctica habitual.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.-Elaborar un plan de Mejora sobre el lavado de manos y contribuir a la reducción de las Infecciones relacionadas con la infección del sitio quirúrgico.
- 2.- Evaluar la efectividad de los dos productos antisépticos mayormente utilizados en el servicio quirúrgico del HOP (solución hidroalcohólica y jabon antiséptico con cepillo).

OBJETIVOS OPERATIVOS:

- 1.-Conocer la adhesión a la higiene de manos en el personal del área quirúrgica del Hospital Obispo Polanco, previo a la implantación de un Proyecto de mejora.
- 2.-Identificar barreras percibidas y factores facilitadores asociados a la práctica de la higiene de manos.
- 3.-Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios en la higiene de manos

MÉTODO

En el presente proyecto, se pretende evaluar la efectividad de dos productos antisépticos, en concreto una solución hidroalcohólica y un jabón antiséptico para el proceso de desinfección de las manos durante la preparación quirúrgica.

Dicho proyecto se evaluará mediante una comisión interdisciplinar, del Hospital Obispo Polanco, formada por:

- Servicio de Traumatología que realizará y supervisará la toma de muestras durante procedimientos quirúrgicos limpios.
- Servicio de Microbiología que realizará el recuento de unidades formadoras de colonias de las muestras evaluadas.
- Servicio de Medicina Preventiva que supervisará la correcta realización del proyecto.
- Equipo de enfermería del área quirúrgica que participará en la toma de muestras durante el ejercicio de su trabajo diario.

ACTIVIDADES:

- Desarrollo de un programa de formación.
- Realización de un estudio de eficacia antimicrobiana del jabón antiséptico versus solución hidroalcohólica.
- Curso formativo del uso del antiséptico hidroalcohol y adecuación de soporte para su uso.

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Disminuir el coste económico
- Ahorrar tiempo en el lavado
- Eliminar el riesgo de producir afecciones dermatológicas en el personal sanitario, al no utilizar cepillo para su realización

INDICADORES

Se realizará una reunión informativa a mediados del mes de Marzo con los participantes en el plan de mejora, para distribuir tareas y fomentar el trabajo multidisciplinar del proyecto.

Se realizará el día 18 de Abril, una reunión informativa con el director comercial de grupo Hartmann Sterillium R, donde se explicará el modo de realización de la técnica de higiene de manos y nos proporcionará material en gel y dosificador. (Indicador: número de asistentes).

Se realizará un estudio piloto durante 2 meses que consistirá en una estimación objetiva del recuento de unidades formadoras de colonias microbianas presentes en las manos del personal del área quirúrgica, utilizando cada uno de los dos productos antisépticos. Con esta medida se realizará una estimación objetiva de la capacidad bactericida del producto antiséptico tras realizar el lavado inmediato y la capacidad bactericida mantenida en el tiempo del mismo.

Se repartirá un cuestionario de satisfacción para obtener la opinión del profesional participante en el proyecto. El lavado de manos es un indicador que debe mantenerse en un estándar de excelencia, puesto que constituye la medida más eficiente para ahorrar riesgos y gastos en el hospital.

DURACIÓN

El tiempo de duración es indefinido, salvo que se obtuviesen resultados negativos continuados, en cuyo caso,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

se llevaría a cabo un estudio de los posibles fallos. Las recogidas de muestras comenzarían a partir de los meses de Abril y Mayo del 2018, realizándose un estudio piloto durante 2 mes, momento en el cual se realizaría la primera revisión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MUNIESA HERRERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CHOCARRO ESCALENO PILAR
FERNANDEZ SANTOS RAFAEL
ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA
URGEL GRANADOS ALEJANDRO
FUENTES GONZALVO EVA
ALONSO PEREZ PILAR
GONZALEZ HERRERO MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.1.- Se realizó una reunión informativa a finales del mes de Febrero con los participantes en el plan de mejora, donde se realizó la distribución de tareas y se fomenó el trabajo multidisciplinar del proyecto.

5.2.- Desarrollo de un programa de formación: curso formativo del uso del antiséptico hicroalcohol y la adecuación de soporte para su uso.

El día 18-Abril-2018, se celebró de 8-9:30am en la sala de despertar de quirófano, un curso formativo impartido por comercial y director del producto Hartmann. En dicho curso se comentó la eficacia de los productos antisépticos vs jabones antisépticos, la técnica de aplicación antiséptica quirúrgica de manos y la dermatolerancia del hidroalcohol.

La empresa Hartmann facilitó unos dispensadores de solución hicroalcohólica y unos cronómetros con alarma tras un minuto y medio que se colocaron en los quirófanos con actividad Traumatológica (Nº1 y 4). Además se colocó un recordatorio con dibujos de la técnica, para facilitar su aprendizaje. (Anexo 2: material para desarrollar el proyecto)

Finalizado el curso formativo se repartió un cuestionario de satisfacción para obtener la opinión del profesional asistente al curso, para poder participar en el proyecto.

5.3.- Realización de un estudio de eficacia antimicrobiana del jabón antiséptico versus solución hidroalcohólica.

Se lleva a cabo un estudio prospectivo consecutivo realizando lavado quirúrgico según dos técnicas válidas para la higienización de las manos previa a la práctica de una cirugía.

Se desarrolló en el quirófano 4 del Hospital Obispo Polanco de Teruel (dedicado especialmente al área de traumatología) entre los meses de Mayo y Junio de 2018.

El estudio se llevó a cabo con un total de 20 profesionales sanitarios del área quirúrgica, estando todos ellos adiestrados en los protocolos específicos de lavado de manos quirúrgico y eran profesionales con experiencia en quirófano.

Las variables recogidas en el estudio fueron las siguientes:

-Cuantitativas discretas: Unidades formadoras de colonias (UFC) pre lavado con alcohol, UFC pre lavado con clorhexidina.

-Se codificaron como variables cualitativas dicotómicas (positivo/negativo): UFC postlavado con alcohol, UFC post lavado con clorhexidina, UFC transcurridas 2 horas con guantes estériles con ambos antisépticos.

Previo al lavado se tomó muestra de los cinco dedos de la mano derecha en Placas de Petri que contenían como medio de cultivo agar sangre (contiene sangre de mamíferos al 5-10% usado para aislar microorganismos). Tras el lavado estandarizado se procedió a la toma de una segunda muestra en la misma localización antes de la colocación del guante estéril. Trascorridas dos horas con guantes estériles se tomó una nueva muestra en la misma localización. Posteriormente a su recogida, las muestras fueron incubadas a una temperatura de 37°C durante un periodo de 48 horas y seguidamente fueron siempre analizadas por el mismo profesional del servicio de microbiología (ciego a la intervención).

En cuanto a la estadística, se describió la muestra en porcentajes para variables cualitativas y para las cuantitativas se usó la media y desviación típica.

Desde el punto de vista cualitativo empleamos el test exacto de Fisher sobre la premisa cultivo positivo o negativo en ambas muestras. Para este análisis se empleó el programa estadístico spps y el nivel general de significación fue de $p < 0,05$.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados del estudio de eficacia antimicrobiana:

Durante el periodo de estudio se tomaron 90 muestras en 20 profesionales participantes. De los veinte sujetos que participaron en el mismo, la mitad de ellos utilizaron un lavado con jabón de clorhexidina y el resto una solución hidroalcohólica, según el protocolo descrito en el material y métodos.

La media de UFC antes del lavado fue de 38,8 (DE=13,72) en el grupo de Clorhexidina y 24,4(DE=28,7) en el grupo del hidroalcohol.

Tras el lavado quirúrgico no se objetivó formación de UFC en las muestras obtenidas mediante lavado quirúrgico con base alcohólica, mientras que se observó una media de UFC de 1,06. En el 100% de la muestra no se obtuvieron resultados de contaminación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

En la tercera muestra tras dos horas con guantes estériles observamos que el grupo de solución hidroalcohólica presentaba una media de UFC de 2,8 frente a 9,33 en el grupo de clorhexidina con cepillo. Esta diferencia sin embargo no fue significativa al realizar la prueba de forma cualitativa mediante una prueba exacta de Fisher. (p=1). (Anexo 2).

Diferencias no significativas al realizar la prueba de forma cualitativa mediante una prueba exacta de Fischer p=1

Resulta evidente que, la principal técnica de desinfección preoperatoria a lo largo de los años ha sido el lavado quirúrgico estándar y las soluciones con base alcohólica se han usado de forma rutinaria en plantas sanitarias, entornos de laboratorio y servicios singulares como las unidades de cuidados intensivos.

Pese a ello, la incorporación de soluciones con preparados de base alcohólica ha servido para impulsar la investigación de otras posibilidades técnicas de desinfección quirúrgica, aunque su sustitución no está todavía implantada en la actualidad ni tenga una general aceptación.

Aparte de la efectividad desinfectante, la ausencia de sensibilización e irritación cutánea es un aspecto muy importante a tener en cuenta por la repercusión en el personal sanitario, dada su exposición a agentes irritantes durante su práctica habitual.

La dermatitis de contacto irritativa es una de las reacciones más habituales puesto que las condiciones laborales y el tiempo que transcurre entre cada agresión de la piel no permite la restauración completa de la barrera cutánea.¹⁶

Podemos encontrar autores como Burch et al¹⁷ que llevaron a cabo una comprobación de la eficacia de una solución a base de alcohol con el lavado tradicional con clorhexidina 4% en un entorno quirúrgico previo a la implantación de un catéter venoso central. En este estudio concluyeron que el desinfectante para manos a base de alcohol no mostró ninguna diferencia en comparación con el exfoliante tradicional, aunque indicaron que el primer lavado del día debía realizarse siempre con un jabón antiséptico.

Parianti JJ et al¹⁸, tras realizar una comparación de ambos productos y tomando como referencia la tasa de infección de las heridas tras 30 días del procedimiento quirúrgico, concluyeron igualmente que su eficacia era equivalente ya que las diferencias entre ellos no eran significativas.

No obstante lo anterior, cabe reseñar que existen numerosos estudios en los que se concede mayor eficacia a uno que a otro tipo de lavado.

Ejemplo de esto son los trabajos realizados por Santacatalina et al¹⁴ Kareem et al¹⁹ Nijinsen et al²⁰ que encuentran evidencias en que es más efectiva la solución hidroalcohólica que el lavado quirúrgico estándar. Existen una serie de factores que pueden favorecer la implantación de la solución alcohólica, entre los que cabe destacar:

- Ahorro de tiempo en el lavado
- Eliminar el riesgo de producir afecciones dermatológicas en el personal sanitario, al no utilizar cepillo para su realización.
- Prevenir el riesgo de recontaminación, pues se evita el enjuague de las manos.¹⁴
- Menor coste que los productos tradicionales⁹
- Permite realizar varias intervenciones sin necesidad de salir del quirófano a realizar el lavado.

Se repartió un cuestionario de satisfacción para obtener la opinión del profesional participante en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En base a los resultados obtenidos en este estudio, se comprueba que tanto las soluciones hidroalcohólicas como el jabón antiséptico con clorhexidina tienen la misma eficacia para realizar un lavado quirúrgico satisfactorio y prevenir así la posible infección del sitio quirúrgico.

En cuanto a su efecto residual con ambos sistemas de lavado analizados, tiene una permanencia superior a 2 horas.

Debido a esto, personalmente las evidencias me inclinan a pensar que la solución alcohólica acabara imponiéndose en breve en nuestro entorno hospitalario ya que existen lugares de la sanidad pública en los que su uso ya está implantado.

En cuanto a la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación, la empresa Hartmann, con el fin de agradecer el trabajo realizado por la toma de muestras en el lavado de manos; ofrece repetir anualmente un curso formativo impartido por comercial y director del producto Hartmann.

Contacto: cristina.mora@hatmann.info

7. OBSERVACIONES.

Adjunto ANEXOS:

*** ===== Resumen del proyecto 2018/128 ===== ***

Nº de registro: 0128

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Título

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Autores:

MUNIESA HERRERO MARIA PILAR, CHOCARRO ESCALENO PILAR, FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA, URGEL GRANADOS ALEJANDRO, FUENTES GONZALVO EVA, ALONSO PEREZ PILAR, GONZALEZ HERRERO VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Infección quirúrgica cero. Lavado quirúrgico
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La higiene de la piel y específicamente de las manos ha sido objeto de estudio desde hace muchas décadas, siendo aceptada como el mecanismo primario de control en la dispersión de agentes infecciosos. La correcta realización de una higiene de manos antes de entrar a quirófano es muy importante ya que durante una cirugía se le priva al paciente de una barrera significativa contra la infección: la superficie cutánea. Resulta evidente que, la principal técnica de desinfección preoperatoria a lo largo de los años ha sido el lavado quirúrgico estándar. Las soluciones con base alcohólica se han usado de forma rutinaria en plantas sanitarias, entornos de laboratorio y servicios singulares como las unidades de cuidados intensivos. Pese a ello, la incorporación de soluciones con preparados de base alcohólica ha servido para impulsar la investigación de otras posibilidades técnicas de desinfección quirúrgica, aunque su sustitución no esté todavía implantada en la actualidad. Aparte de la efectividad desinfectante, la ausencia de sensibilización e irritación cutánea es un aspecto muy importante a tener en cuenta por la repercusión en el personal sanitario, dada su exposición a agentes irritantes durante su práctica habitual.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.-Elaborar un plan de Mejora sobre el lavado de manos y contribuir a la reducción de las Infecciones relacionadas con la infección del sitio quirúrgico.
- 2.- Evaluar la efectividad de los dos productos antisépticos mayormente utilizados en el servicio quirúrgico del HOP (solución hidroalcohólica y jabon antiséptico con cepillo).

OBJETIVOS OPERATIVOS:

- 1.-Conocer la adhesión a la higiene de manos en el personal del área quirúrgica del Hospital Obispo Polanco, previo a la implantación de un Proyecto de mejora.
- 2.-Identificar barreras percibidas y factores facilitadores asociados a la práctica de la higiene de manos.
- 3.-Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios en la higiene de manos

MÉTODO

En el presente proyecto, se pretende evaluar la efectividad de dos productos antisépticos, en concreto una solución hidroalcohólica y un jabón antiséptico para el proceso de desinfección de las manos durante la preparación quirúrgica.

Dicho proyecto se evaluará mediante una comisión interdisciplinar, del Hospital Obispo Polanco, formada por:

- Servicio de Traumatología que realizará y supervisará la toma de muestras durante procedimientos quirúrgicos limpios.
- Servicio de Microbiología que realizará el recuento de unidades formadoras de colonias de las muestras evaluadas.
- Servicio de Medicina Preventiva que supervisará la correcta realización del proyecto.
- Equipo de enfermería del área quirúrgica que participará en la toma de muestras durante el ejercicio de su trabajo diario.

ACTIVIDADES:

- Desarrollo de un programa de formación.
- Realización de un estudio de eficacia antimicrobiana del jabón antiséptico versus solución hidroalcohólica.
- Curso formativo del uso del antiséptico hidroalcohol y adecuación de soporte para su uso.

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Disminuir el coste económico
- Ahorrar tiempo en el lavado
- Eliminar el riesgo de producir afecciones dermatológicas en el personal sanitario, al no utilizar cepillo para su realización

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Se realizará una reunión informativa a mediados del mes de Marzo con los participantes en el plan de mejora, para distribuir tareas y fomentar el trabajo multidisciplinar del proyecto.
Se realizará el día 18 de Abril, una reunión informativa con el director comercial de grupo Hartmann Sterillium R, donde se explicará el modo de realización de la técnica de higiene de manos y nos proporcionará material en gel y dosificador. (Indicador: número de asistentes).
Se realizará un estudio piloto durante 2 meses que consistirá en una estimación objetiva del recuento de unidades formadoras de colonias microbianas presentes en las manos del personal del área quirúrgica, utilizando cada uno de los dos productos antisépticos. Con esta medida se realizará una estimación objetiva de la capacidad bactericida del producto antiséptico tras realizar el lavado inmediato y la capacidad bactericida mantenida en el tiempo del mismo.
Se repartirá un cuestionario de satisfacción para obtener la opinión del profesional participante en el proyecto. El lavado de manos es un indicador que debe mantenerse en un estándar de excelencia, puesto que constituye la medida más eficiente para ahorrar riesgos y gastos en el hospital.

DURACIÓN

El tiempo de duración es indefinido, salvo que se obtuviesen resultados negativos continuados, en cuyo caso, se llevaría a cabo un estudio de los posibles fallos. Las recogidas de muestras comenzarían a partir de los meses de Abril y Mayo del 2018, realizándose un estudio piloto durante 2 mes, momento en el cual se realizaría la primera revisión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0181

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE NURIA PEREZ JIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RANERA GARCIA MIGUEL
ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA
BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO
GONZALEZ GOMEZ NICOLAS
CONESA MARIN VICENTE JOSE
GONZALEZ GARCIA PALOMA
VILLALTA MARTIN ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Consensuar con los Servicios involucrados (Cirugía Ortopédica y Traumatología, Anestesia-Reanimación, Geriatria y Hematología) y Direcciones del hospital (Médica y Enfermería) la aplicación de este protocolo, así como discusión del proyecto en la Comisión de Área Quirúrgica y en la Comisión de Transfusiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Consenso alcanzado por todas las partes implicadas.

- Realización de un Documento Oficial del Protocolo de Ahorro de Sangre en Cirugía Protésica Programada para el Hospital Obispo Polanco, que consta de diversos ítems a cumplimentar en el hospital de día y durante el ingreso hospitalario.

HOSPITAL DE DÍA 15 DÍAS ANTES DE LA CIRUGÍA:

Hierro intravenoso (Ferinject) 50 mg/ml, dosis única.
Vitamina B12 (Optovite) 1000 gammas 1 ampolla intramuscular, dosis única.
Ácido fólico (Acfol) 5 mg 1 comprimido vía oral cada 24 horas, hasta el ingreso.
Epoetina alfa (Eprex) 40.000 unidades subcutáneas, dosis única. Si hemoglobina preoperatoria inferior a 13 g/dl. Cruzar 2 bolsas de concentrados de hematíes para la fecha programada de la intervención quirúrgica, si se considera necesario.

ADMINISTRACIÓN DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO:

Ácido tranexámico perioperatorio (administración intravenosa / tópica).

- En espera de adjudicación de sitio físico para la aplicación del proyecto. Las Direcciones del hospital barajan las siguientes posibilidades de ubicación: la CMA, el hospital de día del paciente crónico complejo o habilitar alguna habitación de la planta de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos encontramos muy satisfechos con la gestión llevada a cabo con este proyecto, encontrándose a día de hoy en estado muy avanzado. Esperamos ponerlo en práctica en el primer trimestre del año 2019.

7. OBSERVACIONES.

Se monitorizarán los resultados para constatar el descenso transfusional gracias a una serie de indicadores primarios (hemoglobina y hematocrito postquirúrgicos, cumplimiento de los criterios restrictivos de transfusión y número de unidades de concentrados de hematíes transfundidos) y secundarios (complicaciones, mortalidad y días de hospitalización).

*** ===== Resumen del proyecto 2018/181 ===== ***

Nº de registro: 0181

Título
PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA

Autores:
PEREZ JIMENO NURIA, RANERA GARCIA MIGUEL, ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA, BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO, GONZALEZ GOMEZ NICOLAS, CONESA MARIN VICENTE JOSE, GONZALEZ GARCIA PALOMA, VILLALTA MARTIN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0181

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Coxartrosis y gonartrosis
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la cirugía electiva de artroplastia total de cadera y rodilla se considera de vital importancia el mantenimiento de valores normales de hemoglobina (Hb) y hematocrito (Hto) postoperatorios para evitar las posibles complicaciones relacionadas con la anemia perioperatoria.

Tradicionalmente, para conseguir este objetivo se ha utilizado la transfusión de sangre alogénica; pero ello sigue asociándose a diversos riesgos, cosa que esta llevando a los profesionales médicos a plantearse un cambio en la política transfusional. En base a esto, se han desarrollado múltiples Programas de Ahorro de Sangre similares al que queremos implantar en nuestro servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general del proyecto es la aplicación de un Protocolo de Uso Racional de Hemoderivados en el tratamiento de la anemia perioperatoria de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de prótesis total de cadera y rodilla así como la comprobación de su efectividad.

Estimamos, con este proyecto, se pueda reducir la incidencia de transfusión alogénica desde cifras del 70% a alrededor del 45%.

MÉTODO

El Protocolo de Ahorro de Sangre constará de:

En el momento de la inclusión en lista de espera quirúrgica, al solicitar el preoperatorio, en la analítica de sangre habitual añadiremos el patrón férrico.

Se aplicaran criterios transfusionales restrictivos, es decir, sólo se transfundirá en casos de:

- Anemia sintomática (hipotensión, taquicardia, taquipnea, mareo y/o fatiga) con Hb 8-10 g/dl.
- Hb <7-8 g/dl o 9-10 g/dl en pacientes cardiopatas.

2 semanas antes de la cirugía se emplearan medidas farmacológicas para la estimulación de la eritropoyesis preoperatoria:

- Hierro intravenoso (Ferinject 50 mg/ml) (dosis única).
- Ácido fólico (Acfol 5 mg): 1 cp. vía oral cada 24 horas.
- Vitamina B12 (Optovite 1000 gammas) 1 amp. intramuscular (dosis única).
- Epoetina alfa 40.000 UI subcutáneas (Eprex) siempre y cuando la Hb del paciente en el preoperatorio sea <13 g/dl (dosis única).

INDICADORES

Para monitorizar el proyecto seguiremos una serie de indicadores:

1os:

- Hb y Hto postquirúrgicos
- Cumplimiento de criterios de transfusión restrictivos
- Número de unidades de concentrados de hematíes transfundidos

2os:

- Complicaciones
- Mortalidad
- Días de hospitalización

Para la recogida de los datos se utilizará una hoja de cálculo Microsoft® Office Excel 2009 elaborada al efecto, en la que se tabularán todos los indicadores. La información recogida en formato Excel se exportará posteriormente al programa IBM SPSS Statistics v.20 para efectuar el estudio estadístico.

DURACIÓN

La fecha prevista de inicio es mayo de 2018. Durante el primer trimestre: Periodo de explicación y adaptación. Segundo trimestre: Periodo de aplicación y recogida de datos. Tercer trimestre: Periodo de aplicación, recogida de datos y análisis de los mismos para comprobación de su efectividad.

El tiempo de duración será indefinido, siempre y cuando se demuestre la disminución de la incidencia de transfusión alogénica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0181

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185

1. TÍTULO

PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ROYO AGUSTIN
• Profesión MIR
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO SAURAS ANGEL
URGEL GRANADOS ALEJANDRO
RILLO LAZARO AGUSTIN
BONILLA MONTERDE GERMAN
CALVO ARIÑO AITOR
NAVARRO MONTERO ESTHER
JIMENEZ GARCIA SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elección del tipo de plataforma: Se ha optado por una Pagina Web que cumpla las siguientes características:

- Cuenta con suficiente espacio para poder admitir distintos formatos de archivos: texto, fotos, vídeos.
- Permite permita distintos tipos de acceso a cada tipo de información y que estos se puedan comprobar y controlar.

? Acceso a sanitarios autorizados (miembros del servicio y/o de las unidades directamente relacionadas): pueden ver todo el contenido. El objetivo es que sirva de plataforma interna para ayudar en labores administrativas y de organización interna.

? Acceso a sanitarios no autorizados: acceso a toda la información cuyo objetivo es la divulgación científica.

? Acceso a pacientes: área de pacientes y contenido no catalogado como exclusivo para médicos.

- Pertenece a un entorno web no dependiente de organismos públicos y patrocinada por organismos privados vinculados con la industria de productos sanitarios relacionados con los servicios/unidades involucrados. Se ha decidido también la creación de cuentas en plataformas secundarias (redes sociales tipo twitter) para promocionar la plataforma web para hacer más patente su presencia fuera de nuestro sector sanitario. Su gestión será llevada a cabo por una empresa independiente.

2. Elección de gestores/administradores de los contenidos y de su publicación.

Definir autores: ver tabla de Anexo 1.

Método de elección de temas:

? A criterio personal de cada autor.

? Lluvias de ideas y puestas en común por los miembros de los servicios/unidades involucradas. Se procurará la realización de reuniones organizativas (presenciales o no) para el reparto de tareas y elección de temas.

? "Hot points" en publicaciones y congresos, mesas de expertos etc a los que asistan dichos miembros.

? Puntos de interés/conflicto que se hayan identificado en la práctica diaria por los facultativos en las consultas/IC virtuales/foros de debate etc.

? Todavía se debe concretar si se permitirá la proposición por parte de los receptores de la información de temas de interés para su publicación (ver punto 5).

• Edición de los contenidos. Será responsabilidad de cada autor edición en formato para facilitar su subida a la plataforma por la empresa editora independiente.

• Subida de los contenidos a la plataforma. Se realizará por parte de la empresa independiente contratada para tal fin. Nos tendrían que decir qué formatos usar y cómo editarlo para facilitarles el trabajo.

• Será responsabilidad de cada autor el control de calidad de lo que se escribe y de la fiabilidad de los contenidos. También, se deberá adjuntar una adecuada referencia bibliográfica actualizada que justifique lo publicado.

3. Organización y tipo de información de los temas. Ver tabla en Anexo 1.

4. Organización de los contenidos dentro de la página Web.

En el punto anterior se ha expuesto la organización de los temas. Sin embargo, el tipo de publicación que se puede realizar a través de un entorno web no se puede estructurar de dicha manera. Por ello, los temas serán organizados de acuerdo a lo que nos permita este tipo de soporte. Los temas, por tanto, se agruparan de la siguiente manera:

• Contenidos fijos.- se incluirán subpáginas que contengan información de interés general y constante:
o Vídeos o imágenes en relación con el proyecto de calidad de movilizaciones de la Unidad de Orto geriatria de nuestro hospital.

o Documentos de interés como vías clínicas, consentimientos informados, protocolos...

o Publicación de dossieres de información para los pacientes.

• Contenidos variables tipo "entrada de blog". Aquí se incluirán sobretodo trabajos puntuales sobre temas de interés de índole más científica que serán básicamente de los tipos descritos a continuación:

o Revisiones monográficas de un tema.

o Casos clínicos (con el objetivo de poder incluir imágenes que hagan más educativo lo publicado se consultará con el Comité de Ética los puntos a seguir para preservar los derechos de los pacientes)

• Tablón de anuncios:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185

1. TÍTULO

PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

- o Noticias relacionadas con la esfera musculoesquelética.
- o Sesiones, reuniones intraservicio/unidad.
- o Divulgación de publicaciones/congresos trabajos...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han ido desarrollando en el punto anterior al describirse las actividades realizadas. En concreto:

1. Elección del tipo de plataforma.
2. Determinar gestores del contenido y quiénes van a ser los autores.
3. Organización y selección de los temas publicados.
4. Estructuración de la página Web.

Además de ello, está desarrollándose de cara conseguir durante el siguiente año:

5. Selección de empresa gestora de proyectos web.
6. Reparto de tareas a la hora de editar y publicar los temas
7. Creación de cuenta vía twitter para difusión y como medio de feedback.
8. Reunión comité de ética para determinar contenidos publicables que atañen a los pacientes.

La implementación preliminar de la plataforma WEB se prevé que conllevará aproximadamente un año laboral, en el que se realizará:

- Selección y creación de un entorno WEB básico para la exposición de temas.
 - Selección de temas preliminares, creación de los documentos pertinentes y exposición de los mismos.
 - Exposición de otros recursos colaborativos con otros proyectos de calidad.
 - Divulgación de la existencia de este recurso para fomentar la participación y el acceso al mismo.
- A partir de ese plazo, se contemplaría la mejora de los puntos que se hayan identificado como deficitarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que es una gran oportunidad de cara a difundir contenidos pero también para optimizar recursos, ya que se pueden crear muchos mecanismos que amplifiquen las vías de comunicación. Éstas, muchas veces se ven limitadas por la propia idiosincrasia de la estructura de un Sistema Sanitario que debería de actualizarse enormemente para poder implementar una medicina multidisciplinar destinada y centrada en el paciente. Para ello, es fundamental encontrar plataformas que faciliten y simplifiquen la comunicación entre los sanitarios. Todos debemos trabajar como un equipo a favor de la salud.

Hemos encontrado enormes oportunidades para fomentar y monitorizar esta comunicación:

- Ver por IC virtual o por puntos conflictivos que se vayan repitiendo en la consulta, urgencias etc como puntos de interés a incidir en los temas a tratar y si estos disminuyen su incidencia.
- Control del número de visitas para ver hasta qué punto se ha conseguido divulgar lo que se publica.
- Contaje del número de comunicaciones/publicaciones a través de la plataforma.
- Porcentaje de la disminución de derivaciones erróneas (como la indicación de pruebas) respecto a cifras previas.
- Encuestas puntuales, para tampoco desbordarnos, a los participantes para valoración de los contenidos, lluvia de ideas etc.
- Fomentar la participación con foros y otras plataformas. Se ha de tener en cuenta la dificultad de moderar ya que puede resultar en mucha carga de trabajo. Se pueden hacer webinar puntuales.
- Preguntar directamente a médicos de familia que rotan, a compañeros de otra especialidad etc.
- Grado de satisfacción en el nivel de información obtenido a través de la plataforma WEB.

7. OBSERVACIONES.

De cara a fomentar la participación de autores de calidad, se pretende editar un libro cuando se cuenten con entradas suficientes con los contenidos publicados en formato blog.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/185 ===== ***

Nº de registro: 0185

Título
PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

Autores:
ROYO AGUSTIN MARIA, CASTRO SAURAS ANGEL, URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR, RILLO LAZARO AGUSTIN, BONILLA MONTERDE GERMAN, CALVO ARIÑO AITOR, NAVARRO MONTERO ESTHER, JIMENEZ GARCIA SANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185

1. TÍTULO

PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

Otro Tipo Patología: Patología de la esfera musculoesquelética

Línea Estratégica .: Adecuación

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La falta de recursos de educación y promoción de la salud en la esfera musculo-esquelética en nuestro medio, lo que condiciona un manejo deficiente por distintos especialistas no traumatólogos o rehabilitadores, y una falta de implicación del paciente en patologías de esta índole.

RESULTADOS ESPERADOS

- **Objetivo principal:** Aumentar los conocimientos en patología musculo-esquelética al realizar una divulgación científica y educación sanitaria de los especialistas de otras ramas y los pacientes.
- **Objetivos secundarios:** Mejorar el estado de salud del aparato locomotor a la vez que se optimizan los recursos al implicar directamente a los pacientes y se incentiva la formación de médicos de atención primaria al respecto. Crear una vía de comunicación recíproca entre los distintos niveles de asistencia sanitaria para identificar problemas de interés. Facilitar la implementación de otras estrategias de mejora de la calidad asistencial.

MÉTODO

1. Creación de una plataforma de divulgación científica que permita la exposición de información en distintos formatos: imagen, presentaciones, video, texto... Mantenimiento y actualización de la misma. A valorar entre las distintas opciones que se han comentado con el Servicio de Informática del Hospital.
2. Selección de temas de interés y creación de mecanismos para asegurarse de que estos sean de utilidad para los destinatarios.
3. Revisión de últimas publicaciones, cursos de expertos, bibliografía especializada etc, para identificar puntos de estudio vanguardistas y exponerlos de la manera más válida a nivel científico.
4. Reuniones organizativas para el reparto de tareas y elección de temas.
5. Implicación de colaboradores no autores del proyecto.
6. Promoción de la salud según se contempla en los criterios de Lalonde.
7. Optimización de los recursos al mejorar la aplicación de los circuitos diagnóstico-terapéuticos.
8. Incentivar la participación activa de los implicados, tanto colaboradores como destinatarios, creando una dinámica de retroactividad en cuanto a los temas a tratar, la manera de hacerlo, problemas derivados de la falta de colaboración entre los distintos niveles asistenciales..
9. Abordar los distintos ítems seleccionados de una manera clara, concisa, asequible, sencilla y atractiva para aumentar el interés por parte de los médicos no especializados en patología musculoesquelética y pacientes. Utilización de recursos web (videos, imágenes...) para lograrlo.
10. Estudiar la mejor vía de comunicación con los médicos de atención primaria para realizar un feed-back en el intercambio de información (foro abierto, comentario de blog, correo electrónico..).
11. Coordinación con otros proyectos de mejora que se pueden beneficiar de un entorno web para aplicar algunos aspectos que necesitan de plataformas de divulgación entre otros médicos y/o pacientes

INDICADORES

- Número absoluto de visitas (tanto de pacientes como de médicos).
- Número de comunicaciones a través de la plataforma.
- Número de colaboraciones de expertos no autores directos del proyecto.
- % de disminución de derivaciones erróneas (mal indicación de pruebas por ejemplo) respecto a cifras previas a la implantación del proyecto.
- Valoración de la adecuación de los contenidos y su formato.
- Grado de satisfacción en el nivel de información obtenido a través de la plataforma WEB.

DURACIÓN

La implementación preliminar de la plataforma WEB se prevé que conllevará aproximadamente un año laboral, en el que se realizará:

- Selección y creación de un entorno WEB básico para la exposición de temas.
- Selección de temas preliminares, creación de los documentos pertinentes y exposición de los mismos.
- Exposición de otros recursos colaborativos con otros proyectos de calidad.
- Divulgación de la existencia de este recurso para fomentar la participación y el acceso al mismo.

A partir de ese plazo, se contemplaría la mejora de los puntos que se hayan identificado como deficitarios.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185

1. TÍTULO

PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185

1. TÍTULO

PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ROYO AGUSTIN
· Profesión MIR
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO SAURAS ANGEL
URGEL GRANADOS ALEJANDRO
RILLO LAZARO AGUSTIN
BONILLA MONTERDE GERMAN
CALVO ARIÑO AITOR
NAVARRO MONTERO ESTHER
JIMENEZ GARCIA SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha buscado tanto empresas que gestionen y hagan presupuesto ajustado para la realización de la página web. Finalmente, y habiendo recibido varios presupuestos, optaríamos por la gestión por parte de una empresa en concreto: Esta incluirá:

- DISEÑO WEB

-- Página web de presentación compuesta por:

-- slider cabecera rotativo

-- quienes somos, que hacemos, donde estamos

-- contacto online

-- apartados interactivos

-- blog con noticias visibles por todo el mundo

-- intranet con acceso via login donde poder ver artículos privados, dicha intranet estará gestionada por un login básico el cual necesitara de validación manual por vuestra parte para poder tener acceso.

- Responsive 100%. Tanto la web de presentación como los blogs público y privado sera adaptativos a todos los terminales tanto tablet como smartphome.

- SEO On page. Se entregará la página con el SEO on page realizado para que la indexación en google sea correcta desde el principio. De cara al futuro si se decidiera trabajar el SEO está tarea ya estaría realizada por lo que la labor inicial ya estaría indexada de manera eficiente en google.

- COPYRIGHT. Todo el contenido que se os entregue es desarrollado y diseñado 100% para vosotros o se ha adquirido de bases de datos de pago para su uso.

- VIDEOTUTORIAL. Os facilitaremos un videotutorial personal enseñando cómo se debe utilizar la pagina web. Por si el día de mañana el responsable que va a editar contenido varia o tenéis cualquier duda podéis echarle un vistazo. Se desarrollara de manera que podáis trabajar con ella lo más sencilla posible.

- ALOJAMIENTO. El alojamiento de la web se realiza en un Servidor VPS alojado en España, ofrecemos mantenimiento y monitorización 24/7. Por lo que nosotros tenemos información en cuanto la página web sufre alguna caída para solucionarlo o si hubiera cualquier error con notificarlo da igual el día y la hora que sea siempre hay alguien de guardia para solventarlo.

Se ha buscado financiación para llevar a cabo la puesta en marcha de la pagina web. En colaboración con farmaindustria, y dada la exigencia de transparencia de gestión de recursos, de momento se ha demorado la financiación.

Se ha decidido solicitar asesoramiento en colaboración con dirección hospitalaria y gestión del alud para agilizar los trámites de financiación externa amparados por el marco legal. Además, y tras la reunión con dirección del Hospital y del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, se decidio la consulta de novo con el Servicio de Informática para contar con su colaboración y valorar solicitar permiso de obtener alojamiento web dentro del que ya posee el Salud.

Dado que los recursos serían limitados, hemos revisado los temas a exponer y a quién irían dirigidos. Se trataría de un proyecto transversal que facilitaría la comunicación interservicio (en especial Medicina de Atención Primaria y Hospitalaria). Esto es de vital importancia en el paciente frágil. Por ello, en primer lugar, comenzaríamos con información divulgativa de este tipo de pacientes. Se podrían subir entradas informando acerca de : movilización del paciente hospitalario (proyecto de calidad enviado desde este hospital); consejos de rehabilitación precoz; consejos nutricionales; exploración e indicación de pruebas complementarias en patología musculoesquelética... Este tipo de contenidos, se ha decidido publicarse como una estructura fija dentro de la página web.

En el caso de decidir aceptar la publicación de artículos o entradas de mayor sensibilidad médica serán siempre requiriendo un registro o login como se ha explicado anteriormente y con fines educativos. Por

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185

1. TÍTULO

PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

ejemplo, ante un caso clínico cuya imagen radiológica sea de especial interés. Intentaríamos publicar en torno a dos entradas al mes. Al menos una de contenido fijo con un objetivo de gestión y interrelación con otros proyectos, manejo del paciente etc y otra de contenido variable, de mayor trascendencia a nivel educación sanitaria para el médico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Decisión por una de las empresas de paginas web consultadas.
- Decidir el tipo de plataforma web, qué tipo de contenido y con qué tipo de organización queremos realizarla. Decidir si queremos posicionamiento en redes sociales (de momento se demora).

- Presupuesto por parte de empresa de manejo de paginas web.
- Aprobación dirección del Hospital .
- Acuerdo intracomisión del número de publicaciones a un año vista (explicado anteriormente).
- Aparentemente, se ha avanzado en los pasos a llevar a cabo para conseguir aprobar la financiación.
- Pendientes de reunión con informática.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Dificultad para coordinar proyectos de esta entidad.
- Utilidad potencial de las nuevas tecnologías que se ve limitada por la compleja coordinación que exige: personal médico y no médico, personal no sanitario, participación de empresas de capital privado, complejidad legal...
- Pendientes de decidir:
 - Tipo de alojamiento (dependencia del que ya tenga el Salud o no).
 - Obtención de financiación capital privado (probablemente de ajeno a farmaindustria).

7. OBSERVACIONES.

Pese a que los avances prácticos puedan parecer exigüos, y que no se hayan reflejado estándares de calidad clásicos, la logística de poner en marcha un proyecto así es arduo compleja. Esperamos poder resolver los obstáculos expuestos este año para poder empezar a enviar resultados más tangibles en la próxima memoria.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/185 ===== ***

Nº de registro: 0185

Título
PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

Autores:
ROYO AGUSTIN MARIA, CASTRO SAURAS ANGEL, URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR, RILLO LAZARO AGUSTIN, BONILLA MONTERDE GERMAN, CALVO ARIÑO AITOR, NAVARRO MONTERO ESTHER, JIMENEZ GARCIA SANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La falta de recursos de educación y promoción de la salud en la esfera musculo-esquelética en nuestro medio, lo que condiciona un manejo deficiente por distintos especialistas no traumatólogos o rehabilitadores, y una falta de implicación del paciente en patologías de esta índole.

RESULTADOS ESPERADOS

- Objetivo principal: Aumentar los conocimientos en patología musculo-esquelética al realizar una divulgación científica y educación sanitaria de los especialistas de otras ramas y los pacientes.
- Objetivos secundarios: Mejorar el estado de salud del aparato locomotor a la vez que se optimizan los recursos al implicar directamente a los pacientes y se incentiva la formación de médicos de atención primaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185

1. TÍTULO

PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

al respecto. Crear una vía de comunicación recíproca entre los distintos niveles de asistencia sanitaria para identificar problemas de interés. Facilitar la implementación de otras estrategias de mejora de la calidad asistencial.

MÉTODO

1. Creación de una plataforma de divulgación científica que permita la exposición de información en distintos formatos: imagen, presentaciones, video, texto... Mantenimiento y actualización de la misma. A valorar entre las distintas opciones que se han comentado con el Servicio de Informática del Hospital.
2. Selección de temas de interés y creación de mecanismos para asegurarse de que estos sean de utilidad para los destinatarios.
3. Revisión de últimas publicaciones, cursos de expertos, bibliografía especializada etc, para identificar puntos de estudio vanguardistas y exponerlos de la manera más válida a nivel científico.
4. Reuniones organizativas para el reparto de tareas y elección de temas.
5. Implicación de colaboradores no autores del proyecto.
6. Promoción de la salud según se contempla en los criterios de Lalonde.
7. Optimización de los recursos al mejorar la aplicación de los circuitos diagnóstico-terapéuticos.
8. Incentivar la participación activa de los implicados, tanto colaboradores como destinatarios, creando una dinámica de retroactividad en cuanto a los temas a tratar, la manera de hacerlo, problemas derivados de la falta de colaboración entre los distintos niveles asistenciales..
9. Abordar los distintos ítems seleccionados de una manera clara, concisa, asequible, sencilla y atractiva para aumentar el interés por parte de los médicos no especializados en patología musculoesquelética y pacientes. Utilización de recursos web (videos, imágenes...) para lograrlo.
10. Estudiar la mejor vía de comunicación con los médicos de atención primaria para realizar un feed-back en el intercambio de información (foro abierto, comentario de blog, correo electrónico..).
11. Coordinación con otros proyectos de mejora que se pueden beneficiar de un entorno web para aplicar algunos aspectos que necesitan de plataformas de divulgación entre otros médicos y/o pacientes

INDICADORES

- Número absoluto de visitas (tanto de pacientes como de médicos).
- Número de comunicaciones a través de la plataforma.
- Número de colaboraciones de expertos no autores directos del proyecto.
- % de disminución de derivaciones erróneas (mal indicación de pruebas por ejemplo) respecto a cifras previas a la implantación del proyecto.
- Valoración de la adecuación de los contenidos y su formato.
- Grado de satisfacción en el nivel de información obtenido a través de la plataforma WEB.

DURACIÓN

La implementación preliminar de la plataforma WEB se prevé que conllevará aproximadamente un año laboral, en el que se realizará:

- Selección y creación de un entorno WEB básico para la exposición de temas.
- Selección de temas preliminares, creación de los documentos pertinentes y exposición de los mismos.
- Exposición de otros recursos colaborativos con otros proyectos de calidad.
- Divulgación de la existencia de este recurso para fomentar la participación y el acceso al mismo.

A partir de ese plazo, se contemplaría la mejora de los puntos que se hayan identificado como deficitarios.

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 - 2018/0251

1. TÍTULO

REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE MIGUEL RANERA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ GIMENO NURIA
BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO
URGEL GRANADOS ALEJANDRO
MUNIESA HERRERO MARIA PILAR
ROYO AGUSTIN MARIA
HERNANDEZ LOPEZ ALICIA
PECES GONZALEZ NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una sesión informativa el 8/02/2019 en la cual fueron avisados telefónicamente los pacientes incluidos para realización de una artroplastia total de rodilla incluidos en lista de espera desde noviembre del 2018 hasta enero del 2019. Se invitó a los pacientes a acudir acompañados con un familiar directo, la asistencia fue voluntaria. Los datos de los pacientes fueron proporcionados por parte del servicio de Admisión del Hospital que recogió a todos los pacientes de dicho período. Los pacientes fueron llamados desde el Servicio de Traumatología por el autor del proyecto. En caso de no contestar a la llamada, se realizaron intentos en las siguientes 48h antes de sacar al enfermo del programa. la llamada fue contestada por el paciente o por algún familiar directo. la sesión informativa fue planificada en el Aula de consultas externas del Hospital Obispo Polanco a las 13:30h con una duración aproximada de 45 minutos. Se proyectó una presentación de PowerPoint de 32 diapositivas donde se explicó la vía clínica del proceso, criterios de inclusión de cirugía, riesgos y beneficios del tratamiento quirúrgico y posibles complicaciones. Se aportaron modelos de prótesis para que los pacientes pudiesen ver "in situ" como es el material empleado, se realizó un turno de preguntas y respuestas y se aportó una encuesta de satisfacción a rellenar por parte de enfermos y familiares. la reunión fue impartida por el autor del proyecto y asistieron miembros del servicio de traumatología, rehabilitación y enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se midieron los resultados alcanzados inmediatos recogidos en la encuesta de satisfacción. Se llamaron a 26 pacientes incluidos en Lista de espera para artroplastia total de rodilla desde noviembre de 2018 a enero 2019. Del total de pacientes 13 pacientes (50% de los pacientes avisados) acudieron acompañados por un total de 16 familiares directos. Los resultados fueron medidos en los siguientes ítems de satisfacción (Muy insatisfecho, insatisfecho, Normal, satisfecho, Muy satisfecho). Ante la pregunta: ¿les parece útil el contenido de la reunión? Del total de pacientes, 10 (76,9%) se encontraron Muy satisfechos y 3 (23%) se sintieron satisfechos. Del total de familiares, 13 (81,25%) refirieron estar Muy satisfechos y 3 (18,75%) se encontraron satisfechos. No hubo asistentes por debajo de ese nivel de satisfacción. Ante la pregunta: ¿Fue útil la información previa de la consulta? De los pacientes, 1 (7,6%) refirió estar Insatisfecho, 3 (23%) consideró la información Normal, 3 (23%) estuvieron satisfechos y 6 (46%) Muy satisfechos. De los familiares, 1 (6,2%) se mostró insatisfecho, 1 (6,2%) Insatisfecho, 4 (25%) Normal, 2 (12,5%) satisfechos y 8 (50%) Muy satisfechos. Ante la pregunta: ¿Ha cambiado de opinión tras la reunión? Del total de pacientes 2 (15,3%) respondieron que Si habían cambiado frente a 11 (84,61%) que respondieron que No. Del total de familiares 1 (6,2%) contestó que Si, 12 familiares (75%) contestaron que No, y 3 (18,6%) contestaron N/C. Ante la pregunta ¿Considera correcta la duración de la reunión? del total de pacientes, 4 (30,7%) se encontraron satisfechos y 9 (69,23%) se encontraron muy satisfechos. De los familiares 7 (43,7%) se encontraron satisfechos y 9 (56,2%) Muy satisfechos. Ante la pregunta: ¿Ha entendido correctamente lo explicado en la reunión? del total de pacientes 4 (30,7%) contestaron sentirse satisfechos y 9 (69,2%) Muy satisfechos. De los familiares 1 (6,2%) contestó estar satisfecho y 15 (93,7%) familiares Muy satisfecho. Ante la cuestión de Valore al personal que ha impartido la reunión: de los posibles ítems posibles (Muy Malo, Malo, Normal, Bueno o Excelente) del total de pacientes los 13 (100%) contestó Excelente y de los familiares 1 (6,2%) contestó Bueno y 15 (93,7%) contestó excelente. Ante la pregunta: ¿Considera Necesaria esta reunión? del total de pacientes 12 (92,3%) contestó que SI, y 1 paciente (7,6%) contestó que No. Del total de familiares 14 (87,5%) contestó que Si y 2 (12,5%) contestó que No. Se colocó un apartado de "sugerencias" donde uno de los familiares recomendó la realización de un tríptico para ser entregado a los pacientes informativo de todo el proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En primer lugar, hemos de decir que la experiencia de la reunión informativa ha sido muy positiva. Hemos contado con el problema de que nuestra población está muy envejecida, y existe gran dispersión territorial, por lo que la asistencia del 50% de los pacientes avisados creemos que corresponde a este factor. Muchos de nuestros pacientes mayores exponían la imposibilidad de poder asistir a este tipo de reuniones voluntarias por problemas de movilidad y transporte. Consideramos muy importante el hecho que el peor de los ítems valorado sea la información proporcionada previamente en la consulta. Esta ha sido la única valoración que ha recibido contestaciones altamente negativas, aunque no sea en la mayoría de los pacientes y familiares. Probablemente sea debido a la imposibilidad de explicar todo el procedimiento alrededor de la implantación de una prótesis de rodilla en el tiempo posible de una consulta médica. Creemos que este aspecto es probablemente el mayor punto de mejora de este plan, ya que resulta llamativo que, aunque sea un número pequeño de pacientes, estos opinen que llegan desinformados a un proceso de cirugía mayor electiva como es este. Por este motivo se ha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0251

1. TÍTULO

REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

decido continuar con la reunión con carácter mensual o bimensual, ya que nuestro número de pacientes y logística de la sala hace que parezca adecuado continuar de esta manera. cabe recalcar que, aunque es escasa la proporción, han existido casos de cambio de opinión de los pacientes de cara al proceso, con lo cual es evidente que la reunión puede ser útil en término de correcta selección de los pacientes de cara a la cirugía, ahorro de cirugías no necesarias y costes. tanto la duración como la comprensión de lo expuesto en la sesión parecen apropiados según los resultados de la encuesta de satisfacción. Se atenderá la propuesta de realización de un tríptico informativo que se presentará en las próximas reuniones. Queda pendiente analizar en el futuro el impacto de la reunión en la implantación del Fast-track de la vía clínica de prótesis total de rodilla, y si este plan es capaz de disminuir la estancia hospitalaria como coadyuvante a otro tipo de medidas como puede ser la rehabilitación precoz y determinado uso de técnicas en combinación con el servicio de anestesiología. Sorprendió la actitud activa tanto de pacientes como de familiares, creándose un espacio de diálogo entre el cuerpo médico y los enfermos, los cuales en su mayoría expresaron que la reunión les había parecido útil demandando más reuniones de este tipo, por lo que este año se va a intentar realizar una reunión similar para nuestros pacientes de la Unidad de Cadera. Se esperan recoger los datos durante este año 2019 y aportarlos para la convocatoria de las nuevas memorias.

7. OBSERVACIONES.

Se continuará con la reunión con carácter mensual/bimensual durante el año 2019 y se analizarán los datos obtenidos. Se aportará memoria final en este año. Por favor, si hubiese que hacer cualquier trámite de cara a la presentación de la memoria hagámmelo saber a través de mi correo electrónico.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/251 ===== ***

Nº de registro: 0251

Título
REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Autores:
RANERA GARCIA MIGUEL, BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO, PEREZ JIMENO NURIA, MUNIESA HERRERO MARIA PILAR, OSCA GUADALAJARA MARTA, PECES GONZALEZ NATALIA, HERNANDEZ LOPEZ ALICIA, AGUSTIN MORENO ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: reducción de estancia media

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prótesis de rodilla se ha convertido en un procedimiento común en los Servicios de Traumatología. Los objetivos de las unidades clínicas han se dirigen a incrementar la seguridad, disminuir costes y mejorar la satisfacción de los pacientes. Para ello, se han desarrollado programas de rehabilitación rápida denominados "fast-track" . En ocasiones nos encontramos situaciones de desinformación en nuestros pacientes acerca de los procesos. Existe una tendencia errónea en la sociedad de que mayor número de días de ingreso es igual a mejor atención, especialmente en procedimientos quirúrgicos. Para que el "fast-track" funcione, es necesario un soporte familiar y/o institucional para dar de alta a los pacientes con toda la seguridad necesaria. Además se ha detectado una posibilidad de mejora en la dificultad de obtener información de los pacientes previamente a una cirugía para desarrollar estudios posteriores. Por ello, se plantea la posibilidad de realizar una reunión previa multidisciplinar (empoderamiento) contando con los Servicios de Traumatología, Rehabilitación, Geriátrica y Enfermería. Esta reunión, tendría un carácter informativo, donde a través un audiovisual se explicaría la vía clínica del procedimiento. Este programa se trató de poner en práctica previamente, pero se ha demorado su puesta en práctica por los problemas de personal en los dos últimos años de nuestro Servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es la reducción de la estancia tras el procedimiento, que actualmente ronda los 4-5 días. Hemos instaurado un protocolo que demuestra la viabilidad del alta en el plazo de 3 días tras una prótesis, siempre que no exista complicación médica. La intención de este plan es que al menos el 75% de nuestros pacientes sean dados de alta al tercer día con seguridad clínica. Sin embargo, en ocasiones, el alta no está supeditada a condiciones médicas, sino a términos del entorno familiar y logística, y es en estos casos donde la reunión sería eficaz. Además, obtendríamos escalas para la realización de estudios posteriores y se tendrá una última oportunidad de selección de los pacientes candidatos a cirugía. Se espera incrementar la seguridad y satisfacción en nuestros resultados. Es sabido la asociación de ansiedad y mayor empleo de analgésicos y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0251

1. TÍTULO

REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

antihipertensivos, lo cual puede ser un campo de estudio tras la implantación de esta reunión. También se estudiarán las complicaciones, eventos de seguridad e infecciones en un paciente que se encuentra mejor informado previamente a la cirugía.

MÉTODO

La reunión informativa será quincenal o mensual. Se coordinará con el Jefe de Servicio, seleccionando a los pacientes en función de lista de espera. El lugar de reunión será el salón de actos del Hospital. Los pacientes se llamarán a través del Servicio de Admisión. Concretada la fecha, se indicará a los pacientes que acudan a la reunión con al menos un familiar que vaya a participar en el proceso. La reunión será dirigida por un traumatólogo, y asistirán un médico rehabilitador, un geriatra y una enfermera de planta o consulta. Se proyectará un audiovisual de la vía clínica. Se atenderán preguntas de pacientes explicando las posibles dudas. Se procederá a la entrega de los diferentes cuestionarios de Salud (WOMAC, SF-36 de Salud, KSS) que se aportarán al ingreso.

INDICADORES

Se realizará un calendario de sesiones donde se recogerán los datos de los asistentes a cada reunión. Se repartirá un cuestionario de satisfacción para obtener su opinión. Los resultados se evaluarán cada 6 meses. A su vez se repartirá un cuestionario de satisfacción al alta hospitalaria tras la cirugía que se evaluará cada 6 meses. En este caso existirá un ítem que refleje la opinión de los pacientes en el contexto de la reunión previa. El resto de cuestionarios se recogerán al ingreso para los estudios científicos pertinentes.

DURACIÓN

El tiempo de duración es indefinido, salvo que se obtuviesen resultados negativos continuados, en cuyo caso, se llevaría a cabo un estudio de los posibles fallos. Las sesiones comenzarían en el momento de autorización de dicho plan, realizándose una experiencia piloto de 3 meses, momento en el cual se realizaría la primera revisión.

OBSERVACIONES

Roos EM, Lohmander LS. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS): from joint injury to osteoarthritis. Health Qual Life Outcomes 2003;1:64.
Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results Med Clin (Barc). 1995 May 27;104(20):771-6
Insall JN, Dorr LD, Scott RD, Scott WN. Rationale of the Knee Society clinical rating system. Clin Orthop Relat Res. 1989 Nov;(248):13-4.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0309

1. TÍTULO

MOVILIZACIÓN ERGONOMICA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BÁSICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MUNIESA HERRERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO SAURAS ANGEL
ALAMAN MAICAS ESMERALDA
HERNANDEZ LOPEZ ALICIA
ESTEBAN SILVESTRE CONCEPCION
RUEDA GRACIA EVA
PECES GONZALEZ NATALIA
URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- La movilización ergonómica de pacientes es necesaria para evitar riesgos para el paciente y el trabajador y debe ser utilizado como herramienta en el proceso de autonomía del paciente. Este objetivo solo es posible cumplirlo cuando la formación va dirigida hacia los profesionales de un mismo equipo (servicio, unidad, planta), todos son formados con las mismas técnicas y practican juntos en el mismo curso.
- Desde hace unos años son los propios profesionales los que demandan y son conscientes de esta necesidad.
- Es por todo lo anterior por lo que nos surgió la necesidad de profundizar y trabajar sobre la movilización ergonómica del paciente intervenido de fractura de cadera como mejora de las instrucciones básicas para el personal sanitario. Para ello se realizaron las siguientes actividades:

1.- Constitución de un grupo de trabajo
2.- Realización de dos ediciones del curso teórico-práctico: Movilización ergonómica del paciente intervenido de fractura de cadera, mejora de las instrucciones básicas para el personal sanitario.

1.- Constitución de un grupo de trabajo, diseño y puesta en común de protocolos de trabajo para homogeneizar todos los criterios y la formación a realizar.

El día 13-Marzo-2019, se celebró de 8-9:30am en el despacho de Médicos de Traumatología, una reunión de todos los componentes del proyecto de mejora. En dicha reunión se comentó la necesidad de unificar criterios sobre el manejo de los pacientes intervenidos de fractura de cadera; con el fin de evitar las posibles complicaciones de una movilización incorrecta como puede ser la luxación protésica, la fractura periprotésica, arrancamiento accidental de sondas urinarias, drenajes, vías periféricas... y evitar trastornos músculo-esqueléticos en el entorno laboral del personal profesional.

Se puso en común las movilizaciones que se realizan en la planta de Traumatología, realizando diferentes comentarios por parte de Rehabilitación y Auxiliares de enfermería para unificar y estudiar las diferencias. En dicha reunión se decidió realizar dos cursos de formación teórico-práctico sobre la correcta movilización de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. Dicho curso sería dirigido fundamentalmente a personal de enfermería, celadores y auxiliares de enfermería que estén en relación con el manejo de este tipo de pacientes. En dichos cursos, se diferenció la parte teórica (se impartiría en horario de tarde en la aula de la 4ª planta) de la parte práctica (los alumnos podrán asistir un turno de 8 horas, acompañados por una de las dos compañeras auxiliares que forman parte del proyecto de mejora).

2.-Realización de dos ediciones del curso teórico-práctico acreditado por la comisión de formación continuada: descripción de la metodología, programación, sesiones prácticas...

EDICIONES DEL CURSO: Se celebraron dos cursos los días: 30/09/19 en horario de mañana de 9-14h y el día 07/10/19 en horario de tarde de 16-21h
Tras la finalización de los mismos y dada la gran demanda registrada, desde secretaría de docencia nos proponen realizar otra edición, la cual está planificada para el día 11/03/2020.

Por otro lado, los docentes de Formación Profesional (FP) del I.E.S Vega del Turia, se pusieron en contacto con la organización del curso para solicitar ser impartido al alumnado del ciclo Cuidados Auxiliares de Enfermería (SAN201). Estamos pendientes de que se envíe la solicitud por parte del jefe de estudios del instituto, a la secretaría de docencia del Hospital Obispo Polanco.

ACREDITACIÓN DEL CURSO POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS DE ARAGÓN: Se realiza una solicitud a la comisión de formación continuada, para conseguir acreditación docente del curso.

METODOLOGÍA: Con el fin de transmitir un abordaje multidisciplinar sobre la movilización ergonómica de pacientes, se realizaron cuatro ponencias por los 4 profesionales sanitarios que intervienen en todo el proceso de la fractura de cadera:

Ponencia 1: Impartida por una Traumatóloga: se realizó una explicación sobre tipos de fracturas y técnicas quirúrgicas existentes en la actualidad. Se detalló la posición del paciente intraoperatoriamente para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0309

1. TÍTULO

MOVILIZACIÓN ERGONÓMICA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BÁSICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

entender, los posibles hematomas o dolores postquirúrgicos que pueden presentar estos pacientes en la planta de hospitalización. Además se realizó un organigrama de la evolución cronológica desde el ingreso del paciente hasta el alta a domicilio o residencia. En dicho organigrama se detallaron, por días, las consideraciones médicas, las de enfermería, de rehabilitación y las de auxiliares que se van aconteciendo a lo largo del ingreso. (Se adjunta tríptico: no puedo subirlo a la plataforma)

Ponencia 2: Impartida por una médico Rehabilitadora: expuso la evaluación de los pacientes intervenidos como médicos de la medicina física, realizando una explicación teórica de las medidas posturales y de la reeducación de transferencias, de la marcha y escaleras.

Ponencia 3: impartida por una enfermera de la Planta de Traumatología: se expuso una explicación clara y detallada de todos los procedimientos de enfermería que se van a necesitar en un ingreso por fractura de cadera. Tanto el equipo de enfermería como el de auxiliares son los que más tiempo comparten con dichos pacientes y familiares y son los que mejor conocen las necesidades diarias de los mismos.

Ponencia 4: Impartida por una auxiliar de la Planta de Traumatología: realizó una explicación de su actividad laboral durante el ingreso, haciendo especial hincapié de todas las maniobras y sistemas de ayuda que precisan durante la movilización; así como la colocación del profesional y del paciente para evitar daños musculoesqueléticos para ambos.

PROGRAMACIÓN PRÁCTICA: Los alumnos interesados asistieron durante un turno de 8 horas a la planta de hospitalización de Traumatología. Durante dicho periodo se encontraban acompañados por auxiliares y celadores para poder realizar y aprender las movilizaciones de los pacientes intervenidos.

También se ofreció la posibilidad de asistir de observador a una intervención quirúrgica de este tipo, para observar la parte intraoperatoria y poder entender la importancia de una correcta movilización ergonómica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Se realizó un estudio descriptivo comparativo previa realización de los cursos (GRUPO 1) y posteriormente a la realización de los mismos (GRUPO 2), para monitorizar si tras la información impartida disminuían el número de complicaciones. (Gráfica 1, ANEXO 3: no puedo subirla a la plataforma)

En dicho estudio se recogieron las siguientes variables:

-Número de complicaciones secundarias a una movilización incorrecta de los pacientes durante el periodo de hospitalización: Pérdida de vacío del redón, extravasación de vías periféricas, extravasación de sonda urinaria, pérdida de esterilidad de herida quirúrgica, movilización de material de osteosíntesis y lesiones cutáneas en zonas diferentes de la zona quirúrgica.

- Número de reintervenciones derivadas de ello. Se monitorizará mediante el registro de quirófano.

- Grado de dependencia del paciente al alta. Se monitorizará mediante el Índice de Barthel (escala que se ocupa de la valoración funcional de un paciente y su monitorización).

No se observó diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en parámetros de complicaciones, reintervenciones y empeoramiento de la escala de Barthel.

2.- Se realizó una encuesta de satisfacción tras la realización de los dos cursos, realizando una puntuación a los docentes vía email: Un 98 % de los asistentes consideraron el curso como satisfactorio. (Gráfica 2, ANEXO 3: no puedo subirla a la plataforma)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La impresión general del proyecto de mejora ha resultado satisfactoria, tanto para el profesional que ha formado parte del equipo como para el resto de profesionales que les ha permitido formarse en un tema poco divulgado.

Además hemos encontrado, al poner en común ciertas acciones llevadas a cabo por diferentes profesionales del colectivo sanitario, que desconocíamos el modo de realización de muchas movilizaciones que resultan de mayor facilidad y menor esfuerzo para realizarlas.

La recomendación final del proyecto, es sugerir al grupo organizador seguir realizando anualmente una reunión de puesta en común y un curso teórico-práctico para conseguir mantener la formación continuada al resto de profesionales sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

El único recurso necesario fue disponer de un aula para impartir los cursos y una plataforma de divulgación (portal del empleado - cursos vigentes) para dar publicidad de los horarios de los cursos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/309 ===== ***

Nº de registro: 0309

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0309

1. TÍTULO

MOVILIZACIÓN ERGONÓMICA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BÁSICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

Título
MOVILIZACION ERGONOMICA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

Autores:
MUNIESA HERRERO MARIA PILAR, CASTRO SAURAS ANGEL, ALAMAN MAICAS ESMERALDA, HERNANDEZ LOPEZ ALICIA, RUEDA RUEDA EVA, CONCEPCION ESTEBAN SILVESTRE, ROYO AGUSTIN MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- La alarma generada tras el cambio del personal sanitario durante los meses estivales, propició por parte del personal de enfermería, celadores y auxiliares de la planta de Traumatología, la realización de unas clases de instrucciones básicas sobre cómo movilizar correctamente a los pacientes intervenidos de fractura de cadera.
- Pensamos que se trata de un proyecto útil que puede llevar a unificar criterios sobre el manejo de estos pacientes evitando así las posibles complicaciones de una movilización incorrecta como puede ser la luxación protésica, la fractura periprotésica, arrancamiento accidental de sondas urinarias, drenajes, vías periféricas...
- Se trata de un problema serio cuyas consecuencias pueden ser de suma importancia ya que pueden derivar en la necesidad de realizar una segunda intervención quirúrgica.
- La movilización ergonómica de pacientes es necesaria para evitar riesgos para el paciente y el trabajador y debe ser utilizado como herramienta en el proceso de autonomía del paciente. Este objetivo solo es posible cumplirlo cuando la formación va dirigida hacia los profesionales de un mismo equipo (servicio, unidad, planta), todos son formados con las mismas técnicas y practican juntos en el mismo curso.
- Desde hace unos años son los propios profesionales los que demandan y son conscientes de esta necesidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- OBJETIVO PRINCIPAL:
-Disminuir la variabilidad clínica, con el fin de unificar el modo de realizar las movilizaciones de los pacientes intervenidos mediante artroplastia de cadera durante su ingreso hospitalario.
- OBJETIVOS SECUNDARIOS:
- Evitar las consecuencias de una movilización incorrecta.
- Dotar de autonomía a todo el personal sanitario que está a cargo de estos pacientes durante su hospitalización (celadores, auxiliares de enfermería y enfermeras) para poder realizar la movilización de estos pacientes sin supervisión médica.
- Mayor tranquilidad y seguridad de todo el personal a la hora de realizar las movilizaciones.

MÉTODO

- Constitución de un grupo de trabajo, diseño y puesta en común de protocolos de trabajo para homogeneizar todos los criterios y la formación a realizar.
- ACTIVIDADES:
- Se realizará una reunión informativa a finales del mes de Marzo con los participantes en el plan de mejora, para distribuir tareas y fomentar el trabajo multidisciplinar del proyecto.
- Impartición de clases teórico-prácticas sobre la correcta movilización de los pacientes intervenidos mediante artroplastia de cadera dirigidas fundamentalmente a personal de enfermería, celadores y auxiliares de enfermería que estén en relación con el manejo de este tipo de pacientes. Se realizará un registro de los docentes y asistentes para conseguir acreditación CFO (créditos de formación continuada) a través de la comisión de docencia del hospital. Para conseguir un standard cercano al 100%.
- Supervisión de "como" se debe realizar la movilización de los pacientes intervenidos. Los primeros tres días, se tutelará al personal nuevo para aplicar la parte práctica de las clases teóricas.
- Los responsables de la impartición de estas clases teórico-PRÁCTICAS serán los facultativos del servicio de COT, el personal de enfermería y personal de auxiliares de la planta de traumatología y los celadores que aparecen en este plan de mejora ya que son los que trabajan diariamente con estos pacientes.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0309

1. TÍTULO

MOVILIZACIÓN ERGONÓMICA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BÁSICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

- Se realizará una reunión informativa a finales del mes de Marzo con los participantes en el plan de mejora, para distribuir tareas y fomentar el trabajo multidisciplinar del proyecto.
- Se realizará un registro del número de complicaciones secundarias a una movilización incorrecta (p.e: pérdida de vacío del redón, extravasación de vías periféricas, extravasación de sonda urinaria, pérdida de esterilidad de herida quirúrgica...)
- Se monitorizará mediante la historia clínica y las notificaciones anónimas realizadas por este motivo. (Valor objetivo a alcanzar <10 complicaciones en un año).
- Número de reintervenciones derivadas de ello. Se monitorizará mediante el registro de quirófano.
- Grado de dependencia del paciente al alta. Se monitorizará mediante el Índice de Barthel (escala que se ocupa de valoración funcional de un paciente y su rehabilitación).

DURACIÓN

El tiempo de duración es indefinido, salvo que se obtuviesen resultados negativos continuados, en cuyo caso, se llevaría a cabo un estudio de los posibles fallos.
La primera clase se impartirá en el mes de Junio de 2019 con el fin de poder formar a todo personal que pueda trabajar en la planta de Traumatología durante los meses de verano.
Las siguientes clases se podrán repetir las veces que sean necesarias, a petición de cualquier profesional relacionado con el tema.
El grupo de mejora propone conjuntamente realizar una memoria de seguimiento desde "Dic19/Ene20" y una memoria final desde "Dic20/Ene21".

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0841

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA ESPALLARGAS DOÑATE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES

ROYO AGUSTIN MARIA

RANERA GARCIA MIGUEL

VIAL ESCOLANO RAQUEL

ALDABAS SORIANO SILVIA

RILLO LAZARO AGUSTIN

URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se decidió por cuestión de tiempos (se organizaron mal los tiempos y no ha dado tiempo a finalizar el proyecto) posponer la realización del proyecto al siguiente año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendientes de valoración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendientes de realizar una vez desarrollado el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/841 ===== ***

Nº de registro: 0841

Título

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

Autores:

ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA, GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES, ROYO AGUSTIN MARIA, RANERA GARCIA MIGUEL, VIAL ESCOLANO RAQUEL, ALDABAS SORIANO SILVIA, RILLO LAZARO AGUSTIN, URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Ancianos

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 en el anciano es una patología muy frecuente en nuestro medio debido al envejecimiento de la población. Para el paciente tiene un gran impacto desde el punto de vista de morbimortalidad y para la sociedad supone un gran coste sanitario. Una vez producida la fractura es labor del equipo multidisciplinar que trata este tipo de proceso, asegurar un adecuado tratamiento de la osteoporosis para evitar una segunda fractura en estos pacientes.

Tras revisar el número de pacientes intervenidos de fractura de cadera en nuestro hospital durante el año 2017, un 56,56% es dado de alta con tratamiento con vitamina D, un 40,40% tratamiento con calcio y sólo un 19,19% lleva tratamiento osteoprotector (osteofórmador o antirresortivo).

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el porcentaje de pacientes que son dados de alta con tratamiento osteoprotector una vez tratados quirúrgicamente de una fractura de cadera en nuestra Unidad de Ortojeriatria, realizando así una prevención

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0841

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

secundaria de fracturas osteoporóticas.

MÉTODO

En base a los niveles de vitamina D y calcio y a la edad y situación funcional del paciente se realizará un protocolo de tratamiento para la osteoporosis incluyendo fármacos osteoprotectores y suplementos de calcio y vitamina D para conseguir nuestro objetivo. Simultáneamente al alta se dará un anexo donde se incluya el tratamiento que se va a pautar a cada paciente para la osteoporosis; en este anexo se incluirán todos los posibles tratamientos que se puedan pautar, para facilitar su indicación a los facultativos e incrementar la indicación de éste. Además este anexo, servirá como medio de comunicación con el médico de atención primaria que deberá continuar con dicho tratamiento durante el tiempo que se considere adecuado.

INDICADORES

Los indicadores principales serán el porcentaje de pacientes con fractura de cadera que al alta llevan tratamiento con Vitamina D y/o calcio y/u osteoprotector (osteofórmador o antirresortivo). Se buscará alcanzar la media existente a nivel nacional en cuanto al porcentaje de pacientes tratados al alta con vitamina D y/o calcio y/o osteoprotector, el cual se encuentra en 70,6%, 49,6% y 36,7%, respectivamente. (Datos del informe anual 2017 del Registro Nacional de Fractura de Cadera)

DURACIÓN

Se realizará en los 3 primeros meses por parte de miembros de la Unidad de Geriátrica y Traumatología el protocolo de tratamiento para la osteoporosis, así como el formato del anexo que se entregará al paciente con el tratamiento pautado para cada caso. A partir del 3º mes se instaurará dicho protocolo con las hojas anexas junto al alta hospitalaria. A los 6 meses del inicio del protocolo se valorará la intervención mediante una recogida de datos con el porcentaje de pacientes que al alta han recibido tratamiento para la osteoporosis en sus diferentes modalidades, para conocer si se ha alcanzado el objetivo o no y los posibles puntos de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0475

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE TELEDERMATOLOGÍA EN EL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ADRIAN BALLANO RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAGUARDA PORTER SALVADOR
MARCO CATALAN MARIA PILAR
GALLARDO GANUZA CARMEN
GALVE ROYO FERNANDO LEON
ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de este año hemos tenido diferentes reuniones y actividades, siendo la primera con dirección médica con el objetivo de comentar y debatir estrategia para acometer el proyecto de Telederma de contrato programa de 2019 concretando fechas y acciones pendientes.

Inicialmente nos reunimos con Coordinación de Atención Primaria de Teruel y Coordinación del Centro de Salud del Ensanche, donde impartimos una primera charla de formación sobre la Tele dermatología, sus ventajas, limitaciones, resultados de eficiencia y criterios de derivación.

En el primer semestre del año definimos también el circuito de envío de las consultas de tele dermatología, creando una agenda en Interconsulta Virtual llamada "Tele dermatología" y la manera de colgar las imágenes en la plataforma de Historia Clínica Electrónica.

En el segundo semestre del año se reanudaron las sesiones clínicas de formación en dermatología general, dando dos charlas de 1 hora cada una en cada centro de salud de Teruel, uno en el del Ensanche, otro en el Centro. Asimismo se comenzaron las primeras pruebas con pacientes, y se han hecho las primeras derivaciones para comprobar que el circuito se ejecuta correctamente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados en los objetivos marcados en el proyecto aún no pueden ser evaluados debido a que este primer año ha servido de formación, adquisición de equipamiento, creación de los circuitos y mejora de los problemas surgidos, de tal manera que no se ha podido testar en la población diana para ver los resultados. De todas formas se proporciona a continuación la información disponible a fecha de diciembre del 2019.

INDICADORES DE EVALUACIÓN.

-Control de demora media en patología dermatológica: según datos facilitados por el servicio de Admisión, a lo largo del 2019 sólo en dos meses se superó la demora media por encima de los 60 días. Estos fueron abril y agosto, probablemente por la llegada de un segundo dermatólogo al servicio y el aumento de demanda inducida, y la fecha de agosto por el período estival y las vacaciones que reduce las visitas realizadas. El resto de meses se han cumplido los objetivos marcados por la orden 03/11/2009, incluso en los meses de enero-febrero-septiembre-octubre-diciembre por debajo o igual de los 40 días.

-Tiempo de sospecha (fotografía) hasta primer tratamiento en lesiones malignas inferior a 30 días: de los 20 casos aproximadamente que hemos hecho a modo de prueba no ha habido ninguna patología maligna.

-Tiempo de respuesta a interconsultas de tele dermatología inferior a 96 horas: de los 20 casos aproximadamente que hemos hecho el 100% de ellos se han contestado en menos de 96 horas.

-Porcentaje de patología no pigmentada introducida en circuito de tele dermatología no superior al 25%: de los 20 casos aproximadamente que hemos hecho el 50% no era patología pigmentada sino tumoral.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como responsable del proyecto puedo decir que el desarrollo de este proyecto está resultando satisfactorio hasta la fecha actual, si bien nos encontramos con una limitación importante por parte de Atención Primaria, que es la falta de médicos, con lo cual no se dispone en estos momentos de una agenda reglada con un tiempo y un personal que pueda hacer y enviar las teleconsultas de dermatología. Esperamos que con los últimos llamamientos de la OPE de familia se consiga revertir este problema.

Por otro lado estamos ilusionados en lanzar a lo largo del 2020 la tele dermatología en la población del Centro de Salud Centro de Teruel, previsto para el segundo semestre del año

Por último me gustaría comentar que el último indicador de evaluación relativo al "Porcentaje de patología no pigmentada introducida en circuito de tele dermatología no superior al 25%" se ha visto modificado ya que nuestro criterio de derivación principal de la tele dermatología es la patología pigmentada y la tumoral, por eso muchas interconsultas eran de tumores no pigmentados como tal, y el indicador sale mayor al 25%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0475

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE TELEDERMATOLOGÍA EN EL SECTOR TERUEL

establecido. Creemos que es mejor corregir este indicador para las evaluaciones finales de objetivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/475 ===== ***

Nº de registro: 0475

Título
IMPLANTACION DE TELEDERMATOLOGIA EN EL SECTOR TERUEL

Autores:
BALLANO RUIZ ADRIAN, LAGUARDA PORTER SALVADOR, MARCO CATALAN MARIA PILAR, GALLARDO GANUZA CARMEN, GALVE ROYO FERNANDO LEON, ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Mejora registros y fuentes de información. Mejora satisfacción profesionales. Tránsito del conocimiento.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención de patología dermatológica en el sector de Teruel se ha realizado habitualmente de modo convencional, valoración de pacientes en consulta de atención primaria y en aquellos casos que se considera necesario se remite a consulta de Dermatología. La demora media aunque no es muy elevada (suele ser inferior a 60 días en nuestro sector) puede retrasar una valoración a tiempo, siendo relevante la en patología potencialmente neoplásica. Se remiten pacientes que de haber dispuesto de una imagen de las lesiones y compartida entre ambos niveles, con una breve descripción y antecedentes por parte de su médico se podrían haber evitado. Disponemos de tecnologías y de experiencias en otros sectores y en otras comunidades autónomas que han testado la utilidad de la tele dermatología, acortando tiempos de sospecha a primer tratamiento, evitando desplazamientos innecesarios, y mejorando la transferencia de conocimiento y formación continuada. La tele dermatología propuesta para este sector consiste en obtener imágenes de lesiones dermatológicas a priori potencialmente malignas (pigmentadas) con la ayuda de una cámara y un dermatoscopio y compartir a través de Historia Clínica Electrónica (HCE) y de Interconsulta Virtual (IV) entre Atención Primaria y Dermatología para adecuar respuesta y tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es adecuar tiempo de respuesta a las patologías potencialmente malignas o neoplásicas de dermatología detectadas en atención primaria. Para ello como objetivos intermedios o secundarios se potenciará o se mejorará la comunicación entre ambos niveles asistenciales con el uso del a herramienta de IV y se mejorará la formación en dermatología y la relación entre niveles asistenciales.

La población diana en un primer paso será la población urbana del Centro de salud Teruel Ensanche (unos 20.000 habitantes 25% población que atiende el sector aproximadamente) pudiéndose posteriormente extenderse a otros centros. Los servicios clínicos que van a participar en este Proyecto son Atención Primaria y Dermatología. Otros unidades que participarían de forma indirecta serán Informática y Servicios de Información (Admisión)

MÉTODO

Se coordinarán sesiones de formación en patología dermatológica objetivo del proyecto, especialmente, lesiones pigmentadas, dirigidas especialmente a los profesionales del centro de salud de la población diana que atienden este tipo. Se estiman necesarios dos talleres de una hora aproximadamente de duración cada uno.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0475

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE TELEDERMATOLOGIA EN EL SECTOR TERUEL

El siguiente objetivo es disponer de un documento de consenso y de sector para este circuito que esté disponible en la intranet.
Desde las Direcciones en coordinación con Servicios de Informática y la Dirección de Gestión se realizarán las gestiones pertinentes para disponer del equipamiento y software necesario: cámara y dermatoscopio (800 euros); Programa informático Baydicom ; agenda de teledermatología: Adecuación de los puestos de trabajo informático de atención primaria y de dermatología para que se pueda desarrollar el servicio.
Se realizarán talleres de formación específicos de uso de la herramienta para profesional de referencia en el centro de salud que gestionará los casos.
Se planificará una agenda de teledermatología en centro de salud y también en dermatología de Hospital

INDICADORES

- Control de demora media en patología dermatológica: mantener demora media en cifras inferiores a 40 días
- Tiempo de sospecha (fotografía) hasta primer tratamiento en lesiones malignas inferior a 30 días: al menos el 50%
- Tiempo de respuesta a interconsultas de teledermatología inferior a 96 horas (al menos el 80%)
- Porcentaje de patología no pigmentada introducida en circuito de teledermatología no superior al 25% (que al menos 3 de cada 4 pacientes consultados sean patologías pigmentadas con objeto de evitar demanda inducida)
- Satisfacción de los profesionales que usan la herramienta. Análisis de la calidad percibida.
- Presentar en sesión de trabajo resultados obtenidos y formar a otros profesionales de referencia de otros centros de salud: al menos una sesión.

DURACIÓN

- Taller(es) formación en centro de salud: en segundo trimestre de 2019. Se impartirán por dermatólogos de sector.
- Documento de consenso: Teledermatología Sector de Teruel: tercer trimestre de 2019 (Servicio de Dermatología)
- Adquisición cámara + dermatoscopio: tercer-cuarto trimestre de 2019
- Programa Baydicom: segundo semestre de 2019
- Agendas de teledermatología noviembre 2019. (adecuación de los puestos de trabajo informático de atención primaria y de dermatología para que se pueda desarrollar el servicio).
- Primeros pacientes consultados por circuito de teledermatología, finales 2019- primer trimestre de 2020

OBSERVACIONES

Posiblemente se necesite un periodo superior al año para poder hacer una correcta evaluación de las primeras experiencias.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BOTELLA ESTEBAN
• Profesión MEDICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

THOMSON LLISTERRI CONCHA
ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE
GARZA TRASOBARES EMILIO
ARIÑO PEREZ INES
DOÑATE BORAO ANA BELEN
NOVELLA PERALTA SUSANA
LANCIS MORATA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nuestro proyecto de mejora surgió de la necesidad, ya estudiada en proyectos previos en 2002 y 2007, de intentar reducir las molestias que provocan las exploraciones endoscópicas en los pacientes a través de la implementación de la sedación profunda.

Para ello lo primero fue procurar la formación adecuada tanto para el personal médico como el de enfermería realizando cursos sobre sedación en endoscopia avalados por las Sociedades Españolas de Gastroenterología y de Endoscopias Digestivas.

Posteriormente se elaboraron dos encuestas de satisfacción (Endoscopy Global Rating Scale- GRS) tanto para la gastroscopia como para la colonoscopia. Después de ser planteadas en la Unidad, se realizaron modificaciones consideradas de interés para nuestra situación.

En base a esas encuestas se llevó a cabo una base de datos con el programa Access para ir introduciendo los resultados.

A partir del pasado mes de noviembre se ha podido comenzar a entregar las encuestas a los pacientes que van acudiendo a realizarse una endoscopia. En principio se les insta a rellenarla posteriormente a la exploración y no inmediatamente tras la misma, con el fin de evitar el sesgo que pudiera provocar el efecto de la sedación. Cuando les es posible, tienen un buzón a su disposición para la entrega.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En total se han entregado 211 encuestas

Exponemos los resultados preliminares extraídos sobre las 73 encuestas cumplimentadas que han sido entregadas hasta el momento. De ellas, 22 corresponden a pacientes que se han realizado una gastroscopia y 51 a pacientes tras la realización de una colonoscopia

Como datos generales hemos podido determinar que:

- Mientras en la sedación de las gastroscopias se utilizó preferentemente Fentanilo +/- Midazolam y sólo en el 4.5% se sedó con Propofol, en el 88.2% de las colonoscopias se usó Propofol.
- El 45.5% de los encuestados que se realizaba una gastroscopia ya se había realizado otra previamente, cosa que en el caso de las colonoscopias ocurría hasta en el 64.7%
- En relación al solicitante de la exploración, el 49.3% de los casos habían sido solicitada por el Médico de Atención Primaria, el 38% por un especialista de Digestivo y el 12.7% restante por otro especialista diferente.

A través del cuestionario se han analizado los diversos indicadores que se plantearon en nuestro Programa de Calidad:

1. Grado de satisfacción general

- Satisfacción global

Globalmente el 85.9% de los encuestados se sienten bastante o muy satisfechos tras la realización de la prueba.

- Disposición a someterse a una nueva endoscopia

Si fuera necesario se volverían a realizar otra exploración endoscópica el 98.6% de los pacientes

- Cumplimiento de las expectativas de los pacientes en relación a la calidad de la atención

El 98.4% de los pacientes encuestados indicaban que había existido una buena respuesta del personal médico y de enfermería ante sus necesidades durante las exploraciones

2. Accesibilidad y tiempos de espera

- Accesibilidad a la Unidad

En relación a la facilidad para encontrar la sala de endoscopias, para el 90% fue sencillo o muy sencillo, para el 8.6% lo esperable y sólo un 1.4% lo definió complicado

- Adecuación del tiempo de espera para la cita

El tiempo de espera medio para la realización de la endoscopia resultó ser de 7.6 semanas. En relación a ese tiempo los pacientes referían estar muy satisfechos en un 48.6% de los casos, bastante satisfechos el 15.7%,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

satisfechos el 34.3% y muy disconformes únicamente el 1.4%

- Adecuación del tiempo de espera previo al procedimiento

Un 69.4% se define bastante o muy satisfecho en cuanto al tiempo de espera en la sala de espera hasta que fueron llamados, el 26.4% se sentía satisfecho y un 4.2% insatisfecho o muy insatisfecho

3. Habilidades interpersonales de los profesionales de la salud

- Amabilidad del médico endoscopista

En cuanto a la atención, cortesía y amabilidad del médico endoscopista, un 87.1% piensan que fue muy buena o excelente, un 10% buena y un 2.9% regular o mala

- Percepción del nivel de preparación/competencias del médico endoscopista

Los pacientes se muestran bastante o muy satisfechos con las explicaciones que les dio el endoscopista sobre la exploración en un 62.9%, satisfechos en un 19.7% y poco o nada satisfechos en un 18.3%

- Amabilidad del personal de enfermería

En referencia a la atención, cortesía y amabilidad del personal de enfermería, para un 95.8% fue muy buena o excelente y en un 4.2% buena, no detectando en este caso opiniones negativas al respecto

4. Comodidad y privacidad

- Nivel de molestias de la preparación intestinal

El 89.9% de los pacientes a los que se les realizó una colonoscopia considera su tolerancia a la preparación intestinal como muy buena o buena, el 8.2% como regular y el 2% mala o muy mala

- Nivel de molestias durante la exploración

La experiencia de los pacientes en cuanto al dolor y la confortabilidad fue lo esperable o mejor de lo esperado en el 98.5%

La tolerabilidad percibida de la exploración fue la esperable o mejor en el 100% de los casos

- Preferencias en cuanto al nivel de sedación

El 50% de pacientes no recuerdan nada de la exploración que se les hizo. El 22.2% recordaban algo y un 27.8% decían recordarlo todo. Pese a ello, el 94.4% en una supuesta nueva exploración, le gustaría estar como ha estado, ni más alerta ni más dormido.

- Satisfacción en cuanto a la privacidad en la sala de endoscopia

En el caso de las colonoscopias, un 98% de pacientes tuvieron suficiente sensación de privacidad

5. Información previa y posterior al procedimiento

- Satisfacción con la información previa al procedimiento

En el 94.2% de los casos, el médico solicitante le había explicado al paciente el motivo de realización de la exploración. En el 89.7% también se les había informado en lo que consistía la prueba solicitada, la mayor parte de las veces con una información bastante clara o muy clara y sólo en el 9.5% de los casos esa información fue poco o nada clara.

La mayor parte de los encuestados se han sentido libres para realizar preguntas sobre sus dudas en la sala de endoscopias (95.8%)

- Satisfacción con la información durante y posterior al procedimiento

En cuanto a las explicaciones del endoscopista sobre los resultados de la prueba, un 55.1% se mostraban bastante o muy satisfechos, un 31.9% satisfechos y un 13% poco o nada satisfechos. Un 88.6% de los pacientes consideran importante o muy importante recibir explicaciones sobre los resultados preliminares aunque sólo a un 65.2% le parece importante recibir el informe en mano

En la mayor parte de casos, el 89.9%, los pacientes reconocen haber recibido información sobre los cuidados posteriores a la endoscopia que fue poco clara sólo en el 1.6%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Comparamos los resultados obtenidos en las preguntas fundamentales de las encuestas entregadas en 2007 y 2012 con las que se están entregando durante el presente año 2018. En 2007 las endoscopias digestivas se realizaban sin sedación, en 2012 estaba instaurada la sedación consciente con Midazolam +/- Fentanilo. Y para el 2018 se ha implementado el uso del Propofol.

Las encuestas, en todos los casos, utilizan una escala ordinal de 5 ítems de respuesta: malo=0, regular =1, bueno =2, muy bueno= 3, excelente =4. Con ello podemos realizar una media de puntuación de las preguntas. El grado de insatisfacción lo calculamos con el porcentaje de preguntas respondidas malo o regular sobre el total.

Porcentajes de insatisfacción según años (2007-2012-2018) en relación a:

- Demora en la cita (4.7% - 9.5% - 1.4%)
- Demora en el día de la prueba (8.8% - 9.9% - 4.2%)
- Cortesía del endoscopista (2.1% - 1% - 2.9%)
- Cortesía del personal de enfermería (1% - 0 - 0)
- Molestias gastroscopias (50.7% - 26.1% - 4.8%)
- Molestias colonoscopias (40% - 22.8% - 0)

Con la implementación de la sedación profunda con Midazolam +/- Fentanilo y Propofol podemos observar un descenso llamativo y progresivo a lo largo de los años de implantación del porcentaje de pacientes insatisfechos en relación a las molestias de las exploraciones endoscópicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

Para conseguir que los resultados sean lo más representativos posible, pretendemos proseguir con la entrega de encuestas hasta obtener un número de casos adecuado que nos permita tener más y mejor información sobre la opinión de los pacientes en cuanto a los aspectos a mejorar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/109 ===== ***

Nº de registro: 0109

Título
EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

Autores:
BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA, THOMSON LLISTERRI CONCHA, ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE, GARZA TRASOBARES EMILIO, ARIÑO PEREZ INES, DOÑATE BORAO ANA BELEN, NOVELLA PERALTA SUSANA, LANCIS MORATA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

PROBLEMA

La endoscopia digestiva se ha convertido en una disciplina que facilita el diagnóstico de patología digestiva y permite realizar técnicas terapéuticas mínimamente invasivas que antes requerían intervenciones más agresivas como la cirugía. Por este motivo, son exploraciones que día a día se van realizando en mayor número. Cada vez resulta más imprescindible gestionar y garantizar la calidad de la atención del paciente
En el año 2007 se llevó a cabo un Proyecto de Calidad en nuestra Unidad para conocer el grado de satisfacción del paciente en la endoscopia digestiva. Se planteó un estudio de varios aspectos y uno de los que resultó ser más problemático fueron las molestias que los pacientes percibían durante la exploración y que nos hizo plantearnos la facilitación de sedación
En la actualidad se ofrece sedación consciente en la mayor parte de las exploraciones

RESULTADOS ESPERADOS

Evaluar la calidad de la atención en la Endoscopia Digestiva en nuestra Unidad centrándonos en la experiencia del paciente a través de la cumplimentación de un cuestionario: Endoscopy Global Rating Scale (GRS) con las modificaciones adecuadas a la situación de nuestra unidad.
Los resultados, una vez analizados, queremos también compararlos con los obtenidos en 2007

MÉTODO

Preparación del cuestionario	Unidad de Digestivo
Realización de la entrevista a cada paciente	Enfermería
Incorporación en una base de datos	Unidad de Digestivo
Análisis de los datos	Unidad de Digestivo

INDICADORES

A través del cuestionario se van a analizar varios aspectos:

- 1.satisfacción general
 - a. satisfacción global
 - b. disposición a someterse a una nueva endoscopia
 - c. cumplimiento de las expectativas de los pacientes en relación a la calidad de la atención
- 2.accesibilidad y tiempos de espera
 - a. accesibilidad a la Unidad
 - b. adecuación del tiempo de espera para la cita
 - c. adecuación del tiempo de espera previo al procedimiento
- 3.habilidades interpersonales de los profesionales de la salud
 - a. amabilidad del médico endoscopista
 - b. percepción del nivel de preparación/competencias del médico endoscopista

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

- c. amabilidad del personal de enfermería
- d. percepción del nivel de preparación/competencias del personal de enfermería
- 4.comodidad y privacidad
 - a. nivel de molestias de la preparación intestinal
 - b. nivel de molestias durante la exploración
 - c. preferencias en cuanto al nivel de sedación
 - d. satisfacción en cuanto a la privacidad en la sala de endoscopia
- 5.información previa y posterior al procedimiento
 - a. satisfacción con la información previa al procedimiento
 - b. satisfacción con la información durante y posterior al procedimiento

DURACIÓN

Realización de la encuesta	Noviembre-Diciembre 2016
Realización de la base de datos	Enero 2017
Realización de las encuestas	Febrero-Abril 2017
Análisis de los datos obtenidos	Mayo-Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

Fecha de entrada: 26/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BOTELLA ESTEBAN
• Profesión MEDICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

THOMSON LLISTERRI CONCHA
ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE
GARZA TRASOBARES EMILIO
ARIÑO PEREZ INES
DOÑATE BORAO ANA BELEN
NOVELLA PERALTA SUSANA
LANCIS MORATA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nuestro proyecto de mejora surgió de la necesidad, ya estudiada en proyectos previos en 2002 y 2007, de intentar reducir las molestias que provocan las exploraciones endoscópicas en los pacientes a través de la implementación de la sedación profunda.

Para ello lo primero fue procurar la formación adecuada tanto para el personal médico como el de enfermería realizando cursos sobre sedación en endoscopia avalados por las Sociedades Españolas de Gastroenterología y de Endoscopias Digestivas.

Posteriormente se elaboraron dos encuestas de satisfacción (Endoscopy Global Rating Scale- GRS) tanto para la gastroscopia como para la colonoscopia. Después de ser planteadas en la Unidad, se realizaron modificaciones consideradas de interés para nuestra situación.

En base a esas encuestas se llevó a cabo una base de datos con el programa Access para ir introduciendo los resultados.

Desde el mes de noviembre de 2017 a noviembre de 2018 se han entregado encuestas a los pacientes que acudían a realizarse una endoscopia. En principio se les instaba a rellenarla posteriormente a la exploración y no inmediatamente tras la misma, con el fin de evitar el sesgo que pudiera provocar el efecto de la sedación. Tenían un buzón a su disposición para la entrega o se les facilitaba sobre con franqueo pagado destinado a la Unidad de Endoscopias Digestivas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Exponemos los resultados extraídos sobre las 299 encuestas cumplimentadas que han sido entregadas. De ellas, 75 corresponden a pacientes que se han realizado una gastroscopia y 224 a pacientes tras la realización de una colonoscopia

Como datos generales hemos podido determinar que:

- En la sedación de las gastroscopias se utilizó preferentemente Fentanilo +/- Midazolam en un 61.3% y sólo en el 7.5% se sedó con Propofol. Se optó por realizarla sin sedación en el 25.3%, bien por preferencia del paciente o bien teniendo en cuenta su situación clínica. En cuanto a las colonoscopias en el 95.5% se realizaron con Propofol.
- El 61.3% de los encuestados que se realizaba una gastroscopia ya se había realizado otra previamente, cosa que en el caso de las colonoscopias ocurría en el 52.7%
- En relación al solicitante de la exploración, el 48.5% de los casos habían sido solicitadas por el Médico de Atención Primaria, el 39.2% por un especialista de Digestivo y el 12.3% restante por otro especialista diferente.

A través del cuestionario se han analizado los diversos indicadores que se plantearon en nuestro Programa de Calidad:

1. Grado de satisfacción general

- Satisfacción global
- Globalmente el 88.4% de los encuestados se sienten bastante o muy satisfechos tras la realización de la prueba.
- Disposición a someterse a una nueva endoscopia
- Si fuera necesario se volverían a realizar otra exploración endoscópica el 98.2% de los pacientes
- Cumplimiento de las expectativas de los pacientes en relación a la calidad de la atención
- El 97% de los pacientes encuestados indicaban que había existido una buena respuesta del personal médico y de enfermería ante sus necesidades durante las exploraciones

2. Accesibilidad y tiempos de espera

- Accesibilidad a la Unidad
- En relación a la facilidad para encontrar la sala de endoscopias, para el 95.3% fue sencillo o muy sencillo, para el 4% lo esperable y sólo un 0.7% lo definió complicado
- Adecuación del tiempo de espera para la cita

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

El tiempo de espera medio para la realización de la endoscopia resultó ser de 6.4 semanas. En relación a ese tiempo los pacientes referían estar muy satisfechos en un 49.6% de los casos, bastante satisfechos el 19.2%, satisfechos el 26.8% y disconformes o muy disconformes únicamente el 4.3%

- Adecuación del tiempo de espera previo al procedimiento

Un 68.5% se define bastante o muy satisfecho en cuanto al tiempo de espera en la sala de espera hasta que fueron llamados, el 24.7% se sentía satisfecho y un 6.8% insatisfecho o muy insatisfecho

3. Habilidades interpersonales de los profesionales de la salud

- Amabilidad del médico endoscopista

En cuanto a la atención, cortesía y amabilidad del médico endoscopista, un 88.6% piensan que fue muy buena o excelente, un 10% buena y un 1.4% regular o mala

- Percepción del nivel de preparación/competencias del médico endoscopista

Los pacientes se muestran bastante o muy satisfechos con las explicaciones que les dio el endoscopista sobre la exploración en un 67%, satisfechos en un 23.5% y poco o nada satisfechos en un 9.5%

- Amabilidad del personal de enfermería

En referencia a la atención, cortesía y amabilidad del personal de enfermería, para un 95.6% fue muy buena o excelente, en un 4.1% buena y para un 0.3% regular

4. Comodidad y privacidad

- Nivel de molestias de la preparación intestinal

El 85.9% de los pacientes a los que se les realizó una colonoscopia considera su tolerancia a la preparación intestinal como muy buena o buena, el 10.9% como regular y el 3.2% mala o muy mala

- Nivel de molestias durante la exploración

La experiencia de los pacientes en cuanto al dolor y la confortabilidad fue lo esperable o mejor de lo esperado en el 99.3 y 99.6% respectivamente

La tolerabilidad percibida de la exploración fue la esperable o mejor en el 100% de los casos

- Preferencias en cuanto al nivel de sedación

El 56.8% de pacientes no recuerdan nada de la exploración que se les hizo. El 23.8% recordaban algo y un 19.4% decían recordarlo todo. Pese a ello, el 95% en una supuesta nueva exploración, le gustaría estar como ha estado, ni más alerta ni más dormido.

- Satisfacción en cuanto a la privacidad en la sala de endoscopia

En el caso de las colonoscopias, un 99.5% de pacientes tuvieron suficiente sensación de privacidad

5. Información previa y posterior al procedimiento

- Satisfacción con la información previa al procedimiento

En el 95.5% de los casos, el médico solicitante le había explicado al paciente el motivo de realización de la exploración. En el 93.7% también se les había informado en lo que consistía la prueba solicitada, la mayor parte de las veces con una información bastante clara o muy clara y sólo en el 3.3% de los casos esa información fue poco o nada clara.

La mayor parte de los encuestados se han sentido libres para realizar preguntas sobre sus dudas en la sala de endoscopias (94.5%)

- Satisfacción con la información durante y posterior al procedimiento

Los pacientes se encontraban satisfechos en cuanto a las explicaciones previas sobre la exploración dadas por el endoscopista en la sala en un 90,5%. En cuanto a las explicaciones sobre los resultados de la prueba, un 62.2% se mostraban bastante o muy satisfechos, un 30.9% satisfechos y un 6.9% poco o nada satisfechos. Un 92.5% de los pacientes consideran importante o muy importante recibir explicaciones sobre los resultados preliminares aunque sólo a un 76.5% le parece importante recibir el informe en mano

En la mayor parte de casos, el 94.2%, los pacientes reconocen haber recibido información sobre los cuidados posteriores a la endoscopia que fue poco clara sólo en el 3%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Comparamos los resultados obtenidos en las preguntas fundamentales de las encuestas entregadas en 2007 y 2012 con las que se están entregando durante el presente año 2018. En 2007 las endoscopias digestivas se realizaban sin sedación, en 2012 estaba instaurada la sedación consciente con Midazolam +/- Fentanilo. Y para el 2018 se ha implementado el uso del Propofol.

Las encuestas, en todos los casos, utilizan una escala ordinal de 5 ítems de respuesta: malo=0, regular =1, bueno =2, muy bueno= 3, excelente =4. Con ello podemos realizar una media de puntuación de las preguntas. El grado de insatisfacción lo calculamos con el porcentaje de preguntas respondidas malo o regular sobre el total.

% de insatisfacción en cuanto a.... en 2002; 2007; 2018

Demora en la cita 4.7% 9.5% 4.3%

Demora el día de la exploración 8.8% 9.9% 6.8%

Cortesía del endoscopista 2.1% 1% 1.4%

Cortesía personal de enfermería 1% 0 0.3%

Explicaciones médico solicitante 7.3% 3.4% 3.3%

Explicaciones resultados endoscopista 6.2% 2.4% 9.5%

Molestias gastroscopia 50.7% 26.1% 17.6%

Molestias colonoscopia 40% 22.8% 17.3%

Molestias preparación del colon 50% 25% 14.1%

Puntuación insatisfacción global 7.9% 3% 2.5%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

Con la implementación progresiva de la sedación en las endoscopias digestivas se va consiguiendo una mejoría de la tolerabilidad de las mismas, hasta un porcentaje de pacientes que las consideran molestas en torno al 17%. En el caso de las gastroscopias las molestias pueden deberse a que solemos utilizar con más frecuencia la sedación consciente. En las colonoscopias en cambio, se utiliza más a menudo la sedación profunda pero los inconvenientes de la preparación previa del colon son inevitables aunque cada vez en menor medida por la mejor tolerancia de las nuevas preparaciones. Es llamativo el deterioro en cuanto a la satisfacción en relación a las explicaciones del endoscopista sobre los resultados de la prueba. Esto creemos que puede atribuirse a la amnesia que se produce con la sedación si tendemos a informar muy rápidamente tras la exploración. Los pacientes se mantienen muy satisfechos en cuanto a la cortesía del personal médico y de enfermería. Persiste además un adecuado nivel de insatisfacción en relación a demoras y el porcentaje de insatisfechos a nivel global, que ya era muy bajo, sigue descendiendo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/109 ===== ***

Nº de registro: 0109

Título
EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

Autores:
BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA, THOMSON LLISTERRI CONCHA, ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE, GARZA TRASOBARES EMILIO, ARIÑO PEREZ INES, DOÑATE BORAO ANA BELEN, NOVELLA PERALTA SUSANA, LANCIS MORATA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

PROBLEMA
La endoscopia digestiva se ha convertido en una disciplina que facilita el diagnóstico de patología digestiva y permite realizar técnicas terapéuticas mínimamente invasivas que antes requerían intervenciones más agresivas como la cirugía. Por este motivo, son exploraciones que día a día se van realizando en mayor número. Cada vez resulta más imprescindible gestionar y garantizar la calidad de la atención del paciente
En el año 2007 se llevó a cabo un Proyecto de Calidad en nuestra Unidad para conocer el grado de satisfacción del paciente en la endoscopia digestiva. Se planteó un estudio de varios aspectos y uno de los que resultó ser más problemático fueron las molestias que los pacientes percibían durante la exploración y que nos hizo plantearnos la facilitación de sedación
En la actualidad se ofrece sedación consciente en la mayor parte de las exploraciones

RESULTADOS ESPERADOS
Evaluar la calidad de la atención en la Endoscopia Digestiva en nuestra Unidad centrándonos en la experiencia del paciente a través de la cumplimentación de un cuestionario: Endoscopy Global Rating Scale (GRS) con las modificaciones adecuadas a la situación de nuestra unidad.
Los resultados, una vez analizados, queremos también compararlos con los obtenidos en 2007

MÉTODO
Preparación del cuestionario
Realización de la entrevista a cada paciente
Incorporación en una base de datos
Análisis de los datos
Unidad de Digestivo
Enfermería
Unidad de Digestivo
Unidad de Digestivo

INDICADORES
A través del cuestionario se van a analizar varios aspectos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

- 1.satisfacción general
 - a. satisfacción global
 - b. disposición a someterse a una nueva endoscopia
 - c. cumplimiento de las expectativas de los pacientes en relación a la calidad de la atención
- 2.accesibilidad y tiempos de espera
 - a. accesibilidad a la Unidad
 - b. adecuación del tiempo de espera para la cita
 - c. adecuación del tiempo de espera previo al procedimiento
- 3.habilidades interpersonales de los profesionales de la salud
 - a. amabilidad del médico endoscopista
 - b. percepción del nivel de preparación/competencias del médico endoscopista
 - c. amabilidad del personal de enfermería
 - d. percepción del nivel de preparación/competencias del personal de enfermería
- 4.comodidad y privacidad
 - a. nivel de molestias de la preparación intestinal
 - b. nivel de molestias durante la exploración
 - c. preferencias en cuanto al nivel de sedación
 - d. satisfacción en cuanto a la privacidad en la sala de endoscopia
- 5.información previa y posterior al procedimiento
 - a. satisfacción con la información previa al procedimiento
 - b. satisfacción con la información durante y posterior al procedimiento

DURACIÓN

Realización de la encuesta	Noviembre-Diciembre 2016
Realización de la base de datos	Enero 2017
Realización de las encuestas	Febrero-Abril 2017
Análisis de los datos obtenidos	Mayo-Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE INES ARIÑO PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DOÑATE BORAO BELEN
BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA
BELLES ARANDA MIRIAM
ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE
CUERVO MENENDEZ CONCEPCION
GARZA TRASOBARES EMILIO
THOMSON LLISTERRI CONCHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una vertiente importante de la actividad de la Unidad de Aparato Digestivo es la correspondiente a la realización de endoscopias. Uno de los grandes retos a los que nos enfrentamos es garantizar una alta calidad en las endoscopias que realizamos a pesar del incremento progresivo de la demanda. Es fundamental implementar programas de mejora continua para ofrecer al paciente una endoscopia de calidad, adecuada a los mejores estándares internacionales.

Son objetivos indispensables revisar la adecuación de las indicaciones, disminuir los riesgos inherentes de este tipo de exploraciones, aumentar la detección de lesiones relevantes y reducir la incidencia del cáncer de colon

Tomando como referencia los criterios de calidad en la Endoscopia Digestiva de las principales sociedades científicas (SEPD, SEED y ESGE), nos propusimos conocer nuestro grado de cumplimiento de determinados indicadores de calidad comparándolos a sus valores ideales

Para ello, lo primero fue dar a conocer este Proyecto de Mejora de la Calidad en la Unidad a través de sesiones clínicas (19/6/18 y 1/10/18) con la participación de médicos, enfermeras y TCAEs y consensuar, entre todos, las modificaciones a llevar a cabo, en el caso de que se consideraran necesarias, con el objetivo de adaptar nuestro trabajo diario en la endoscopia digestiva a las más recientes recomendaciones.

- Fueron revisados algunos aspectos de la práctica diaria con el fin de valorar realizar algunas modificaciones en cuanto a:
 - o Procedimiento de admisión del paciente a Endoscopias
 - o Hoja de valoración de enfermería y folletos de información que se entregan al paciente tanto después de una endoscopia como en el caso específico de una polipectomía endoscópica
 - o Tipos y modos de utilización de las diferentes preparaciones previas a una colonoscopia, según horarios de las mismas y patología de base del paciente
- Además, tras presentar la documentación actualizada, se insistió en procurar la homogeneidad en relación a:
 - o Descripción de la morfología de los pólipos a través de la Clasificación de Paris
 - o Descripción de la calidad de la limpieza del colon con la Clasificación de Boston
- También se presentaron trabajos basados en la evidencia científica en relación al uso de medicación antitrombótica y anticoagulante en la Endoscopia Digestiva

Todos los documentos revisados y actualizados a través de este proceso de sesiones han sido incluidos en la Intranet del Hospital Obispo Polanco

Para mejorar la formación en cuanto a seguridad en la sedación de los pacientes, todos los componentes de la Unidad asistieron a un Taller de RCP. Anteriormente los médicos de la Unidad y 2 de las enfermeras asistimos al Curso Completo de Capacitación individual en Sedación profunda para endoscopistas acreditada por la Sociedad Española de Endoscopias Digestivas (SEED).

Finalmente se seleccionaron los indicadores de calidad y su monitorización, insistiendo en la necesidad de que quedaran recogidos en el informe realizado tras cada endoscopia. Además se diseñó, dentro del programa informático de informes de endoscopias (ENDOX), un sistema de recogida de datos para poder monitorizar dichos indicadores. Se ha elaborado un CHECK LIST- CALIDAD que facilite la recogida de dichos indicadores de calidad y el informe

En el momento actual se está preparando el Procedimiento de desinfección del material y pactando las revisiones periódicas con el Servicio de Medicina Preventiva

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Exponemos los resultados preliminares sobre 50 colonoscopias consecutivas realizadas entre el 11 y el 28 de diciembre de 2018.

INDICADORES:

- Consentimiento informado válido y firmado: Objetivo:100%. Resultado:100%
- Motivo de solicitud (1): Objetivo: >85%. No consta:100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

- Indicación adecuada. Idoneidad (1): Objetivo:>85%; No consta: 100%
- Evaluación del paciente previa a la endoscopia en la HC (2); Objetivo:> 95%; Resultado 100%;
- Intervalo entre colonoscopias por seguimiento de pólipos es adecuado (3); Objetivo:>85%; Resultado 92%
- Documentación gráfica de la prueba; Objetivo:>90%; Resultado 98%
- Registro de la monitorización del paciente si se somete a sedación (2); Objetivo: 100%; Resultado 100%
- Registro de posibles eventos adversos y su naturaleza (2 y en ENDOX); Objetivo:>95%; No consta: 72% en

ENDOX

- Limpieza de colon adecuada; Objetivo:>90%; Resultado: 92%; No consta: 24%
- Colonoscopias completas, alcanzando fondo cecal; Objetivo:>90%; Resultado 87,5%; No consta: 4%
- Se extirpan todos los pólipos < 20 mms y en 1 sólo fragmento; Objetivo:>85%; Resultado 91,4%
- Pólipos extirpados >5mm que son recuperados para estudio AP; Objetivo:>90%; Resultado 94,3%
- Tiempo de retirada (>6 minutos); Objetivo:100%; Resultado 95%; No consta 24%
- Diarrea crónica en los que se biopsia mucosa sana; Objetivo:>85%; Resultado 100%
- EII en los que se practican biopsias adecuadas en el cribado de displasia (4)
- Descripción de la morfología de los pólipos según clasificación de París; Objetivo:100%; Resultados: 74%
- Tasa de adenomas; Objetivo: 40% Cribado ; Resultado 42%
- Se entrega el informe de alta con Recomendaciones al paciente (5); Objetivo:>85%; No consta 100%

- (1) No se recogió adecuadamente la variable del indicador en el registro informático del programa ENDOX. Se está corrigiendo
- (2) Hoja de enfermería
- (3) Se hace una revisión previa de las solicitudes de las colonoscopias, ajustando el seguimiento
- (4) No casos de EII en las 50 endoscopias revisadas
- (5) Variable no recogida correctamente en la Hoja de enfermería, ni en ENDOX. Se corregirá

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En esta primera parte del Proyecto de mejora de la calidad de la endoscopia digestiva, hemos conseguido revisar y difundir los documentos de la Unidad de Endoscopias una vez adaptados a las últimas recomendaciones. Se ha diseñado un sistema de recogida de datos que facilita monitorizar los indicadores seleccionados, dentro del programa informático de informes de endoscopias (ENDOX). En los resultados preliminares tras realizar una auditoría con 50 informes de colonoscopias consecutivas destaca el cumplimiento de la mayoría de indicadores de calidad, excepto, colonoscopia completa (resultado 87,5% y objetivo > 90%), limitado por el número reducido de colonoscopias analizadas. No se han recogido adecuadamente los indicadores: motivo de solicitud, indicación adecuada; registro de posibles eventos adversos y su naturaleza. Esto se ha debido a algunos errores de registro que se están corrigiendo en la actualidad a través de la empresa responsable del programa, procurando la vinculación de dichos registros al informe de endoscopias. Esperamos que, en la auditoría trimestral y la siguiente auditoría del primer semestre del año 2019, se hayan resuelto estos problemas detectados. Nuestro objetivo principal es mejorar la calidad de las endoscopias realizadas en nuestra Unidad con el cumplimiento de todos los objetivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1243 ===== ***

Nº de registro: 1243

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Autores:
ARIÑO PEREZ INES, DOÑATE BORAO BELEN, BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA, BELLES ARANDA MIRIAM, ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE, CUERVO MENENDEZ CONCEPCION A, GARZA TRASOBARES EMILIO, THOMSON LLISTERRI CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Una vertiente importante de la actividad de la Unidad de Aparato Digestivo es la correspondiente a la realización de endoscopias. Uno de los grandes retos a los que nos enfrentamos es garantizar una alta calidad en las endoscopias que realizamos a pesar del incremento progresivo de la demanda. Es fundamental implementar programas de mejora continua para ofrecer al paciente una endoscopia de calidad, adecuada a los mejores estándares internacionales.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal: conseguir mejoría en la calidad de la endoscopia digestiva
Objetivos secundarios: adaptar nuestro trabajo diario en la endoscopia digestiva a las últimas recomendaciones de las principales sociedades científicas, aumentando así la adecuación de las pruebas, disminuir sus riesgos, aumentar la detección de lesiones relevantes y reducir la incidencia de cáncer de colon.

MÉTODO

Se tomarán como referencia en calidad de la endoscopia las dos últimas publicaciones de la SEPD en este sentido, que serán completadas con la guía de la ESGE, realizando un único proyecto de calidad en la endoscopia adaptando las principales recomendaciones a nuestro entorno. Se dividirá el proyecto en 2 partes: por un lado se describirá en qué debería consistir el procedimiento habitual en las endoscopias, especificando la colonoscopia, y por otra parte se describirán los distintos indicadores de calidad seleccionados y sus valores ideales.

INDICADORES

Se incluyen en el proyecto indicadores de calidad de estructura, proceso y resultados.
La monitorización de los mismos se realizará, según recomienda la ESGE, de forma continuada mediante los sistemas de recogida de datos de endoscopias o mediante auditoría anual de 100 endoscopias consecutivas.

- Porcentaje de casos en los que consta la entrega y/o firma de consentimiento informado válido. Objetivo 100%
- La unidad cuenta con un plan de gestión de medicación antitrombótica. Objetivo: presencia
- El informe endoscópico se incluye la mayoría de criterios de calidad. Objetivo: presencia
- La unidad cuenta con un procedimiento de desinfección del material con revisiones periódicas. Objetivo: presencia
- Porcentaje de casos en los que el motivo de solicitud consta en el informe y forma parte de una lista de indicaciones adecuadas. Objetivo >85%
- Porcentaje de casos en los que consta en historia clínica una adecuada evaluación del paciente antes de la endoscopia. Objetivo >95%
- Porcentaje de casos en que el intervalo entre colonoscopias por seguimiento de pólipos es adecuado. Objetivo > 85%
- Porcentaje de casos en los que consta alguna documentación gráfica de la prueba. Objetivo >90%
- Porcentaje de casos en los que existe registro de la monitorización del paciente si se somete a sedación. Objetivo 100%
- Porcentaje de casos en los que existe registro de posibles eventos adversos y su naturaleza. Objetivo >95%
- Porcentaje de casos en los que la limpieza de colon se considera adecuada. Objetivo >90%
- Porcentaje de colonoscopias completas, alcanzando fondo cecal. Objetivo >90%
- Proporción de colonoscopias en los que se extirpan todos los pólipos menores de 20mm, y en un solo fragmento. Objetivo >85%
- Porcentaje de pólipos extirpados >5mm que son recuperados para estudio anatomopatológico. Objetivo >90%
- Media de tiempos empleados en la retirada del endoscopio en endoscopias sin biopsias ni terapéuticas. Mínimo 6 minutos
- Porcentaje de casos con diarrea crónica en los que se biopsia mucosa sana. Objetivo >85%
- Porcentaje de casos con EII en los que se practican biopsias adecuadas en el cribado de displasia. Objetivo >85%
- Porcentaje de endoscopias en los que se describen la morfología de los pólipos según clasificación de París. Objetivo 100%
- Porcentaje de colonoscopias con al menos un adenoma identificado. Objetivo en cribado poblacional: 40%
- Porcentaje de casos en los que se entrega informe de alta con recomendaciones al paciente. Objetivo: >85%

DURACIÓN

- Inicio junio 2018: Dar a conocer al personal servicio de endoscopias el proyecto y su contenido mediante sesiones clínicas. Establecer un modelo de informe endoscópico único que incluya todos los indicadores. Formación al personal en cuanto a seguridad en la sedación (taller RCP), mejora en la detección y descripción de lesiones.
- Octubre 2018: Inicio de aplicación de las medidas pertinentes para optimizar la calidad.
- Auditoría inicial para asegurar implementación de medidas: noviembre 2018: evaluar 50 endoscopias consecutivas.
- Auditoría trimestral y evaluación inicial de los indicadores: enero 2019
- Dos auditorías semestrales (buscando alcanzar todos los objetivos): julio 2019 y enero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE INES ARIÑO PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DOÑATE BORAO BELEN
BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA
BELLES ARANDA MIRIAM
ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE
CUERVO MENENDEZ CONCEPCION
GARZA TRASOBARES EMILIO
THOMSON LLISTERRI CONCHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para mejorar la calidad en la endoscopia, es indispensable revisar la adecuación de las indicaciones, disminuir los riesgos inherentes de este tipo de exploraciones, aumentar la detección de lesiones relevantes, reduciendo así la incidencia del cáncer de colon.

Desde junio hasta octubre de 2018

Tomando como referencia los criterios de calidad en la Endoscopia Digestiva de las principales sociedades científicas (SEPD, SEED y ESGE), nos propusimos conocer nuestro grado de cumplimiento de determinados indicadores de calidad comparándolos a sus valores ideales.

Para ello, lo primero fue dar a conocer este Proyecto de Mejora de la Calidad en la Unidad a través de sesiones clínicas (19/6/18 y 1/10/18) con la participación de médicos, enfermeras y TCAEs y consensuar, entre todos, las modificaciones a llevar a cabo, en el caso de que se consideraran necesarias, con el objetivo de adaptar nuestro trabajo diario en la endoscopia digestiva a las más recientes recomendaciones.

- Fueron revisados algunos aspectos de la práctica diaria con el fin de valorar realizar algunas modificaciones en cuanto a:
 - o Procedimiento de admisión del paciente a Endoscopias
 - o Hoja de valoración de enfermería y folletos de información que se entregan al paciente tanto después de una endoscopia como en el caso específico de una polipectomía endoscópica
 - o Tipos y modos de utilización de las diferentes preparaciones previas a una colonoscopia, según horarios de las mismas y patología de base del paciente
- Además, tras presentar la documentación actualizada, se insistió en procurar la homogeneidad en relación a:
 - o Descripción de la morfología de los pólipos a través de la Clasificación de Paris
 - o Descripción de la calidad de la limpieza del colon con la Clasificación de Boston
- También se presentaron trabajos basados en la evidencia científica en relación al uso de medicación antitrombótica y anticoagulante en la Endoscopia Digestiva

Todos los documentos revisados y actualizados a través de este proceso de sesiones han sido incluidos en la Intranet del Hospital Obispo Polanco.

Para mejorar la formación en cuanto a seguridad en la sedación de los pacientes, todos los componentes de la Unidad asistieron a un Taller de RCP. Anteriormente los médicos de la Unidad y 2 de las enfermeras asistimos al Curso Completo de Capacitación individual en Sedación profunda para endoscopistas acreditada por la Sociedad Española de Endoscopias Digestivas (SEED).

Finalmente se seleccionaron los indicadores de calidad y su monitorización, insistiendo en la necesidad de que quedaran recogidos en el informe realizado tras cada endoscopia. Además se diseñó, dentro del programa informático de informes de endoscopias (ENDOX), un sistema de recogida de datos para poder monitorizar dichos indicadores. Se elaboró un CHECK LIST que facilite la recogida de dichos indicadores de calidad y el informe, presente de forma visible en las dos salas de endoscopias. Se inició la preparación de un Procedimiento de desinfección del material, pactando las revisiones periódicas con el Servicio de Medicina Preventiva.

A partir de Octubre 2018

Se consideró un periodo prudencial de aprendizaje el comprendido entre junio y octubre, para empezar a implementar todas las medias comentadas.

Diciembre 2018

Se realizó la auditoría inicial para asegurar implementación de medidas evaluando 50 endoscopias consecutivas, con las siguientes conclusiones, ya expuestas en memoria previa:

- Se consiguió revisar y difundir los documentos de la Unidad de Endoscopias una vez adaptados a las últimas recomendaciones.
- Se diseñó un sistema de recogida de datos que facilita monitorizar los indicadores seleccionados, dentro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

del programa informático de informes de endoscopias (ENDOX).

- Se objetivó el cumplimiento de la mayoría de indicadores de calidad, excepto, colonoscopia completa (resultado 87,5% y objetivo > 90%), posiblemente limitado por el número reducido de colonoscopias analizadas.
- No se recogieron adecuadamente los indicadores: motivo de solicitud, indicación adecuada; registro de posibles eventos adversos y su naturaleza. Esto se ha debido a algunos errores de registro que se están corrigiendo en la actualidad a través de la empresa responsable del programa, procurando la vinculación de dichos registros al informe de endoscopias.

Auditorías 2019

Siguiendo lo previsto en el planning inicial del proyecto, durante el año 2019 se realizan las auditorías semestrales previstas. La auditoría prevista para enero 2020 se adelanta a diciembre 2019 para poderla incluir en esta memoria.

Los datos obtenidos en las auditorías se plasman en forma de tabla para poder observar mejor la evolución en el tiempo de los distintos aspectos recogidos.

Los resultados obtenidos en las distintas auditorías se han comunicado a los componentes del servicio de endoscopias digestivas, haciendo hincapié de los aspectos a mejorar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A continuación se recuerdan los objetivos fijados en cada uno de los ítems y se hace un pequeño comentario de cada uno de ellos. Aquí se expone un listado con los datos comparativos en las distintas auditorías (indicados como 1ª, 2ª, 3ª, 4ª). La primera se hizo a 50 colonoscopias y las 3 últimas se han realizado a 100 colonoscopias consecutivas realizadas en los siguientes periodos:

- 1ª. 2018
- 2ª. Del 4/1/2019 al 01/02/2019
- 3ª. Del 5/6/2019 al 24/06/2019
- 4ª. Del 27/11/2019 al 30/12/2019

Resultados:

- Porcentaje de casos en los que consta la entrega y/o firma de consentimiento informado válido. Objetivo 100%. Alcanzado 100%.
 - o Aspecto no recogido en el informe endoscópico pero sí en programa ENDOX, y en la Hoja de valoración de Enfermería. Nunca se hace una endoscopia sin firma previa de Consentimientos Informados.
 - o Procedemos a realizar una revisión manual de 30 Historias clínicas por auditoría, observando un 100% en cada auditoría
- La unidad cuenta con un plan de gestión de medicación antitrombótica. Objetivo: presencia.
 - o Cuando es preciso realizar endoscopias de alto riesgo de sangrado, se adapta la medicación antitrombótica o anticoagulante, dando instrucciones por escrito al paciente.
- El informe endoscópico se incluye la mayoría de criterios de calidad. Objetivo: presencia.
 - o El informe incluye los criterios de calidad más relevantes, como son Colonoscopia completa (región alcanzada) y Preparación del colon y tiempo de duración y retirada.
- La unidad cuenta con un procedimiento de desinfección del material con revisiones periódicas. Objetivo: presencia.
 - o Se está preparando el Procedimiento de desinfección del material y pactando las revisiones periódicas con el Servicio de Medicina Preventiva
- Porcentaje de casos en los que el motivo de solicitud consta en el informe y forma parte de una lista de indicaciones adecuadas. Objetivo >85%. Alcanzado 100%.
 - o El motivo de solicitud consta en el 100% de los informes revisados. En cuanto a la adecuación, se hace una revisión manual de las solicitudes de las colonoscopias para declinar o postponer las no indicadas, por tanto el 100% de las realizadas están indicadas.
- Porcentaje de casos en los que consta en historia clínica una adecuada evaluación del paciente antes de la endoscopia. Objetivo >95%. Alcanzado 100%.
 - o Aspecto no reflejado en informe. De rutina, en todas las endoscopias realizadas en nuestro servicio se realiza valoración del paciente y se rellena una Hoja de valoración de enfermería. Dicha valoración queda guardada con la historia clínica del paciente junto a los consentimientos informados.
 - o Procedemos a realizar una revisión manual de 30 Historias clínicas por auditoría, observando un 100% en cada auditoría.
- Porcentaje de casos en que el intervalo entre colonoscopias por seguimiento de pólipos es adecuado. Objetivo > 85%. Alcanzado 100%.
 - o Aspecto no reflejado en informe. Se hace una revisión manual previa de las solicitudes de las colonoscopias para declinar o postponer las no indicadas, por tanto, es adecuado en el 100%
- C1 Porcentaje de casos en los que consta alguna documentación gráfica de la prueba. Objetivo >90% . Alcanzado 1ª 98%, 2ª 98%, 3ª 99%, 4ª 100%
 - o Aspecto no recogido en el formulario de ENDOX, pero en el programa sí se guardan las fotografías realizadas durante el procedimiento. Se hace revisión manual.
- C2 Porcentaje de casos en los que existe registro de la monitorización del paciente si se somete a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

sedación. Objetivo 100%. Alcanzado 100%.

o De rutina, en todas las endoscopias realizadas en nuestro servicio se realiza valoración del paciente y se rellena una Hoja de valoración de enfermería donde se anotan constantes vitales pre y postprocedimiento.

o Procedemos a realizar una revisión manual de 30 Historias clínicas por auditoría, observando un registro de constantes pre y post procedimiento del 100% en cada auditoría

• C3 Porcentaje de casos en los que existe registro de posibles eventos adversos y su naturaleza. Objetivo >95%. Alcanzado 2ª 100%, 3ª 98%, 4ª 100%

o De rutina, en todas las endoscopias realizadas en nuestro servicio se realiza valoración del paciente y se rellena una Hoja de valoración de enfermería donde se anotan constantes vitales pre y postprocedimiento así como incidencias inmediatas. No obstante, estos datos no siempre aparecen reflejados en el informe o en programa ENDOX.

o Procedemos a realizar una revisión manual de 30 Historias clínicas por auditoría, donde en el 100% queda reflejada la presencia o ausencia de complicaciones inmediatas.

? No consta en Ordenador: 1ª 72%, 2ª 55%, 3ª 37%, 4ª 30%

? Tras revisión manual: No complicaciones: 2ª 100%, 3ª 98%, 4ª 100%

• C4 Porcentaje de casos en los que la limpieza de colon se considera adecuada. Objetivo >90%. Alcanzado 1ª 92%, 2ª 73%, 3ª 93%, 4ª 89%

o Se incluye en "adecuada" las preparaciones catalogadas como Excelente, Buena o Suficiente, o Boston = > 5.

• C5 Porcentaje de colonoscopias completas, alcanzando fondo cecal. Objetivo >90%. Alcanzado 1ª 87'5%, 2ª 90%, 3ª 98%, 4ª 92%

o Se considera Completa a la endoscopia que alcanza fondo cecal o a la que alcanza zona objetivo.

• C6 Proporción de colonoscopias en los que se extirpan todos los pólipos menores de 20mm, y en un solo fragmento. Objetivo >85%. Alcanzado 1ª 91'4%, 2ª 80%, 3ª 95%, 4ª 97%

o No cumplirán objetivo las colonoscopias que dejen pólipos sin extirpar.

• C8 Porcentaje de pólipos extirpados >5mm que son recuperados para estudio anatomopatológico. Objetivo >90%. Alcanzado 1ª 94'3%, 2ª 93%, 3ª 90%, 4ª 92'6%

o Se incluye porcentaje de colonoscopias en los que no se recupera ninguno de los pólipos extirpados.

• C9 Media de tiempos empleados en la retirada del endoscopio en endoscopias sin biopsias ni terapéuticas. Mínimo 6 minutos. Objetivo alcanzado en 1ª 95%, 2ª 97'6%, 3ª 98%, 4ª 97%

o Se refleja porcentaje de colonoscopias en las que la retirada ha sido de 6 o más minutos. Destacar que la mayoría de casos en los que la retirada es menor es debido a que la preparación es excelente, o a que es pésima y se interrumpe la exploración.

• C10 Porcentaje de casos con diarrea crónica en los que se biopsia mucosa sana. Objetivo >85%. Alcanzado 1ª 100%, 2ª 100%, 3ª 100%, 4ª 100%

o De rutina, en todos los casos de diarrea crónica con sospecha clínica se biopsia mucosa sana

• C11 Porcentaje de casos con EII en los que se practican biopsias adecuadas en el cribado de displasia. Objetivo >85%. Alcanzado 1ª no hay casos, 2ª 100%, 3ª 100%, 4ª no hay casos.

o De rutina, en todos los casos de EII se realizan biopsias de cribado

• D3 Registro del tiempo de retirada. No consta en No consta en 1ª 24%, 2ª 15%, 3ª 7%, 4ª 20%

o Mencionar que en muchas ocasiones no consta el registro porque la endoscopia es terapéutica o se hacen biopsias y el tiempo de retirada no es significativa.

• D4 Porcentaje de endoscopias en los que se describen la morfología de los pólipos según clasificación de París. Objetivo 100%. Alcanzado 1ª 74%, 2ª 70'6%, 3ª 83%, 4ª 75%

• E1 Porcentaje de colonoscopias con al menos un adenoma identificado. Objetivo en cribado poblacional: 40%. Alcanzado 1ª 42%, 2ª 51%, 3ª 42%, 4ª 41%

o Tasa de detección de adenomas Global

• Porcentaje de casos en los que se entrega informe de alta con recomendaciones al paciente. Objetivo: >85%

o Aspecto no recogido en informe. No obstante, de rutina a todos los pacientes a los que se realiza endoscopia se le entrega recomendaciones personalizadas.

De estos resultados podemos concluir que se han alcanzado los objetivos más relevantes, y en la mayoría de ítems. En algunos de ellos se ha visto mejoría progresiva de los datos, si bien se deduce que se mejorará en los siguientes indicadores:

- Registro de posibles eventos adversos y su naturaleza: como se ha comentado, las incidencias durante la endoscopia se anotan en la Hoja de valoración de enfermería. No obstante se recordará a los facultativos especialistas que incluyan este aspecto en el formulario del programa ENDOX.

- Preparación del colon: las cifras obtenidas de preparación adecuada oscilan alrededor del objetivo fijado. Es posible que no se alcancen objetivos debido al predominio de población anciana que cubre nuestro cupo y el estado de paciente ingresado (la edad y el hecho de estar ingresado son factores de riesgo para mala preparación, según estudios clínicos). Ya se está trabajando en encontrar una fórmula para mejorar la preparación de los pacientes (en concreto los ingresados) regulando la hora de realización de las pruebas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

- Uso de escalas de Boston y París: Si bien previamente al inicio del proyecto de calidad no se utilizaban dichas escalas, actualmente vemos que se usa hasta en el 85% de las endoscopias, si bien es una cifra mejorable. Se recordará a los facultativos la conveniencia de su uso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la instauración de las medidas mencionadas en 2018 se ha detectado una instauración en la práctica con el cumplimiento de la mayoría de los objetivos fijados. No obstante, hay que mejorar en cuanto al Registro informático por parte del médico se refiere: eventos adversos, preparación del colon (usando escala de Boston), y descripción de los pólipos (París). Además, la preparación del colon podría ser mejorable, por lo que se seguirá trabajando desde Enfermería en aumentar la adherencia y el seguimiento de las pautas de preparación del colon. Nuestro objetivo principal es mejorar la calidad de las endoscopias realizadas en nuestra Unidad y analizando los datos obtenidos hasta ahora, lo hemos conseguido.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1243 ===== ***

Nº de registro: 1243

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Autores:
ARIÑO PEREZ INES, DOÑATE BORAO BELEN, BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA, BELLES ARANDA MIRIAM, ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE, CUERVO MENENDEZ CONCEPCION A, GARZA TRASOBARES EMILIO, THOMSON LLISTERRI CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una vertiente importante de la actividad de la Unidad de Aparato Digestivo es la correspondiente a la realización de endoscopias. Uno de los grandes retos a los que nos enfrentamos es garantizar una alta calidad en las endoscopias que realizamos a pesar del incremento progresivo de la demanda. Es fundamental implementar programas de mejora continua para ofrecer al paciente una endoscopia de calidad, adecuada a los mejores estándares internacionales.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal: conseguir mejoría en la calidad de la endoscopia digestiva
Objetivos secundarios: adaptar nuestro trabajo diario en la endoscopia digestiva a las últimas recomendaciones de las principales sociedades científicas, aumentando así la adecuación de las pruebas, disminuir sus riesgos, aumentar la detección de lesiones relevantes y reducir la incidencia de cáncer de colon.

MÉTODO

Se tomarán como referencia en calidad de la endoscopia las dos últimas publicaciones de la SEPD en este sentido, que serán completadas con la guía de la ESGE, realizando un único proyecto de calidad en la endoscopia adaptando las principales recomendaciones a nuestro entorno. Se dividirá el proyecto en 2 partes: por un lado se describirá en qué debería consistir el procedimiento habitual en las endoscopias, especificando la colonoscopia, y por otra parte se describirán los distintos indicadores de calidad seleccionados y sus valores ideales.

INDICADORES

Se incluyen en el proyecto indicadores de calidad de estructura, proceso y resultados. La monitorización de los mismos se realizará, según recomienda la ESGE, de forma continuada mediante los sistemas de recogida de datos de endoscopias o mediante auditoría anual de 100 endoscopias consecutivas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

- Porcentaje de casos en los que consta la entrega y/o firma de consentimiento informado válido. Objetivo 100%
- La unidad cuenta con un plan de gestión de medicación antitrombótica. Objetivo: presencia
- El informe endoscópico se incluye la mayoría de criterios de calidad. Objetivo: presencia
- La unidad cuenta con un procedimiento de desinfección del material con revisiones periódicas. Objetivo: presencia
- Porcentaje de casos en los que el motivo de solicitud consta en el informe y forma parte de una lista de indicaciones adecuadas. Objetivo >85%
- Porcentaje de casos en los que consta en historia clínica una adecuada evaluación del paciente antes de la endoscopia. Objetivo >95%
- Porcentaje de casos en que el intervalo entre colonoscopias por seguimiento de pólipos es adecuado. Objetivo >85%
- Porcentaje de casos en los que consta alguna documentación gráfica de la prueba. Objetivo >90%
- Porcentaje de casos en los que existe registro de la monitorización del paciente si se somete a sedación. Objetivo 100%
- Porcentaje de casos en los que existe registro de posibles eventos adversos y su naturaleza. Objetivo >95%
- Porcentaje de casos en los que la limpieza de colon se considera adecuada. Objetivo >90%
- Porcentaje de colonoscopias completas, alcanzando fondo cecal. Objetivo >90%
- Proporción de colonoscopias en los que se extirpan todos los pólipos menores de 20mm, y en un solo fragmento. Objetivo >85%
- Porcentaje de pólipos extirpados >5mm que son recuperados para estudio anatomopatológico. Objetivo >90%
- Media de tiempos empleados en la retirada del endoscopio en endoscopias sin biopsias ni terapéuticas. Mínimo 6 minutos
- Porcentaje de casos con diarrea crónica en los que se biopsia mucosa sana. Objetivo >85%
- Porcentaje de casos con EII en los que se practican biopsias adecuadas en el cribado de displasia. Objetivo >85%
- Porcentaje de endoscopias en los que se describen la morfología de los pólipos según clasificación de París. Objetivo 100%
- Porcentaje de colonoscopias con al menos un adenoma identificado. Objetivo en cribado poblacional: 40%
- Porcentaje de casos en los que se entrega informe de alta con recomendaciones al paciente. Objetivo: >85%

DURACIÓN

- Inicio junio 2018: Dar a conocer al personal servicio de endoscopias el proyecto y su contenido mediante sesiones clínicas. Establecer un modelo de informe endoscópico único que incluya todos los indicadores. Formación al personal en cuanto a seguridad en la sedación (taller RCP), mejora en la detección y descripción de lesiones.
- Octubre 2018: Inicio de aplicación de las medidas pertinentes para optimizar la calidad.
- Auditoría inicial para asegurar implementación de medidas: noviembre 2018: evaluar 50 endoscopias consecutivas.
- Auditoría trimestral y evaluación inicial de los indicadores: enero 2019
- Dos auditorías semestrales (buscando alcanzar todos los objetivos): julio 2019 y enero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1051

1. TÍTULO

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y CONSULTA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES EXTERNOS

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL PEREZ HERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA HERRERO LUISA
SANCHIS MOTILLA ROSA
MORTE PASCUAL ASCENSION
MARTIN PEREZ MARIA DOLORES
CONDE PEREZ MARIA DOLORES
NOVELLA PERALTA JUDIT
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.-Redistribución de tareas por bloques a las Tcaes en el servicio de farmacia(repartición de los carros unidosis por unidades/persona, control de medicación en estanterías, caducidades, stock ..)
- 2.-Implantación de horario para las peticiones de carro de unidosis en las distintas unidades.
- 3.- Elaboración de un folleto de diluciones de los medicamentos para utilizarlos en las unidades.
- 4.-Gestión por una única persona en la consulta de medicamentos para pacientes externos.
- 5.- Elaboración de un díptico con la información necesaria para el paciente de la consulta externa.
6. Repartición de una encuesta de satisfacción al paciente de al consulta externa.
- 7.-Realización de un curso con el manejo de medicación y seguridad el paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se establece un cauce de comunicación entre el servicio y las supervisoras
Se definieron nuevos horarios de pedidos y se analizaron situaciones excepcionales que causaban conflicto. Esta medida mejoró el número de quejas a la Dirección de Enfermería, de llamadas a la supervisora de guardia y disminuyó la devolución de medicamentos caducados.

La consulta del paciente externo se considera de gran importancia dentro del servicio de farmacia por eso la gestión por una única persona conlleva beneficios sociales y económicos.
Valoración positiva del curso realizado por parte del alumnado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las reuniones periódicas en la unidad se consideran una buena medida para mejorar los canales de comunicación, clima de trabajo y potencian el cambio.
Que exista una persona responsable de la consulta mejora la gestión de pedidos y la satisfacción del paciente.
La formación fomenta buenas prácticas relacionadas con la seguridad del paciente.
La coordinación y colaboración continúa con las supervisoras de la unidad mejora la gestión integral de la medicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1051 ===== ***

Nº de registro: 1051

Título
MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y CONSULTA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES EXTERNOS

Autores:
PEREZ HERNANDEZ RAQUEL, GARCIA HERRERO LUISA, SANCHIS MOTILLA ROSA, AGUSTIN MORENO MARIA TERESA, MORTE PASCUAL ASCENSION, MARTIN PEREZ MARIA DOLORES, CONDE PEREZ MARIA DOLORES, NOVELLA PERALTA JUDIT

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1051

1. TÍTULO

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y CONSULTA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES EXTERNOS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La farmacia del Hospital Obispo Polanco se basa en el uso seguro, adecuado y eficiente de los medicamentos. Es una unidad central que da apoyo a todo el hospital, por lo que conseguir un adecuado funcionamiento de la misma es primordial para conseguir a su vez una mejor atención de los pacientes.
La atención farmacéutica integral de los pacientes consiste en proporcionar información y dispensar medicamentos tanto de uso hospitalario, como medicamentos de uso compasivo, medicamentos extranjeros, Fórmulas magistrales o la atención personalizada de los pacientes con resolución de las dudas planteadas.
La detección de esta oportunidad de mejora ha venido por diferentes ámbitos: 1) El personal del Servicio ha detectado una comunicación deficiente con las Unidades de Hospitalización, 2) Demanda formación específica sobre el manejo de medicación y 3) Amplia rotación por los distintos puestos de la Unidad de Farmacia, lo que supone una no especialización y se han detectado algunos problemas en la Consulta de Pacientes externos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar los procesos organizativos que inciden en el funcionamiento de la Unidad de Farmacia y en la Consulta de Pacientes
Externos: mejora de la atención y servicio.
- Mejorar la comunicación con los Servicios del Hospital en relación a las peticiones, devolución de medicación...
- Fomentar la seguridad del Paciente a través de la formación.
- Especialización del Personal con asignación de tareas por bloques y rotaciones programadas.
- Aumentar la Satisfacción de los pacientes que acuden a la Consulta

MÉTODO
Definición de las actividades y funciones que se desarrollan en la Unidad con el reparto de actividades lineal a las cargas de trabajo asociadas a cada puesto. Descripción de Consulta de Pacientes Externos para mejorar la Eficacia y Eficiencia del registro, reparto y control del gasto (incluida dentro del Acuerdo de Gestión con la Unidad)
Se trabajará en los sistemas de información y comunicación del personal con las Supervisoras de Unidad para optimizar el tiempo de pedidos y peticiones.
Formación específica sobre consejos de almacenaje, diluciones, identificación, uso de medicación de alto riesgo a través de sesiones y cursos.

INDICADORES
1. N° reuniones llevadas a cabo en el Servicio que dispongan de Acta (al menos una).
2. Elaboración de un documento que recoja las funciones del con asignación y distribución de tareas por bloques y rotaciones programadas.
3. Elaboración de un documento que describa la Consulta de medicamentos para Pacientes Externos. Material a aportar a los Usuarios.
4. Encuesta de Satisfacción a los Usuarios de la Consulta de Pacientes Externos.
Seguimiento cada cuatro meses para valorar el cumplimiento de los objetivos propuestos. La encuesta de Satisfacción se plantea a final de año.

DURACIÓN
Enero-Febrero: Reunión en el Servicio de Farmacia para trabajar en la definición de puestos. Elaboración de documento que defina la Unidad y la Consulta de Pacientes Externos.
Marzo-Abril: Creación de documentación para la Consulta y mejora de la dinámica de trabajo según la descripción de objetivos a conseguir. Se recogerán los primeros indicadores del cuatrimestre para valorar el grado de cumplimiento de los objetivos.
Mayo-Junio: Acciones formativas, bien como sesión, taller o curso.
Octubre-diciembre: Evaluación del nuevo sistema de reparto de funciones. Encuesta de satisfacción a los usuarios de la Consulta y a los trabajadores y farmacéuticos sobre el funcionamiento respecto al año anterior, gestión de medicación, pedido, stock, gestión de la farmacia... Se llevarán a cabo nuevas acciones formativas.

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 - 2016/1723

1. TÍTULO

UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE FERNANDO LEON GALVE ROYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO SAURAS ANGEL
RENAU HERNANDEZ ESMERALDA
ORELLANA GARCIA RAQUEL
CATALAN EDO PILAR
PLUMED JUSTE MARIA TERESA
GALVE ROYO AGUSTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado ajustes en las agendas de COT y rehabilitación (oferta específica en rehabilitación para apacientes UME)
Reuniones conjuntas Primaria- Especializada de coordinadores y diferentes miembros de COT y RHB: 2, una en primer semestre y otra en el segundo semestre
Se han establecido criterios uniformes de Sector. Documento conjunto, consensado para las 4 especialidades que participan en el proyecto (COT, RHB, Primaria, Reumatología).
Multitud de correos electrónicos con primaria y Servicios de Hospital
Se ha integrado Proyecto de Interconsulta Virtual (PIV) con UME a final de año 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Se han sentado criterios de organización y liderazgo compartido y un grupo funcional de trabajo para la patología musculoesquelética en el sector.
2.- Se dispone de documento con criterios consensado en la intranet. en octubre de 2017
3.- Se han realizado más de 2 reuniones conjuntas entre Direcciones de Primaria y los servicios Hospitalarios. Se han realizado 2 reuniones tipo taller entre profesionales de Primaria y Hospital.
4.- Reducción de la demora media en COT de más de 100 días a unos 80 días. Ha aumentado sin embargo en Rehabilitación
5.- Se han respetado los plazos establecidos para los objetivos del primer año

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha fortalecido la idea de grupo, y se refuerza también la identidad de sistema. Se trabaja más como un proceso que como circuito artificial médico de primaria-especialista. Se aceptan más los límites de los dos niveles, no se exige sino que se trabaja con expectativas reales.
Son muy útiles las reuniones mixtas primaria y Hospital, pero con orden de trabajo, y taller práctico sobre herramientas.
Al establecer mejor herramienta de comunicación (PIV) ha mejorado mucho la relación entre niveles y se han optimizado las derivaciones y se reducen las visitas innecesarias pero se ha puesto en evidencia el sistema tan rígido de citaciones que impide autonomía de organización.
Se han sentado bases para trabajar en prácticas de valor. El impacto de estas medidas se apreciarán más adelante. Todavía estamos muy lastrados por el sistema de citaciones y la gestión de las mismas, que nos hace perder autonomía en la comunicación entre los dos niveles.
Sería CONVENIENTE ESTABLECER PLAZOS MÍNIMO BIANUALES O TRIANUALES para evaluar el impacto de este tipo de proyectos.

7. OBSERVACIONES.

Se agradece y sería muy pertinente tener responsables específicos en cada centro recordatorios.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1723 ===== ***

Nº de registro: 1723

Título
UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Autores:
GALVE ROYO FERNANDO LEON, CASTRO SAURAS ANGEL, RENAU HERNANDEZ ESMERALDA, ORELLANA GARCIA RAQUEL, CATALAN EDO PILAR, PLUMED JUSTE MARIA TERESA, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, GALVE ROYO AGUSTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

1. TÍTULO

UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La suma de pacientes que solicitan consulta a los Servicios de COT, RHB y Reumatología supone más de 1/3 de las primeras consultas de Atención Especializada. Actualmente existe una demora media de más de 100 días y más de 1300 pacientes pendientes de primera visita en COT. Conocemos además que más de la mitad de los motivos de consulta a COT se beneficiarían antes de una valoración por RHB y sobre todo de una buena comunicación entre niveles que organizándose pueda mejorar la accesibilidad a los fragmentados recursos incluida la fisioterapia. Hoy se cita y después se gestiona, pretendemos gestionar primero y citar después.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Organización de una Unidad Funcional entre los Servicios de COT, RHB, Reumatología y Atención Primaria
- 2.- Desarrollo de un documento único con criterios y funcionamiento
- 3.- Establecer circuitos de comunicación coordinados interservicios
- 4.- Disminuir y adecuar la demora media de atención a los pacientes con patología musculoesquelética
- 5.- Mejorar la accesibilidad del paciente al sistema
- 6.- Optimizar Recursos
- 7.- Adecuar expectativas de la población

MÉTODO

- 1.- Creación de un grupo de trabajo y Elaboración de un Documento Único que regule el procedimiento de atención a pacientes con patología musculoesquelética en el Sector de Teruel, que recogerá circuitos, criterios de derivación, tiempos de respuesta de solicitudes, responsables de priorización y consultas preferentes, circuitos internos y mecanismos de comunicación
- 2.- Difusión a los Centros de SALUD
- 3.- Reuniones (al menos dos) primaria y especializada)
- 4.- Coordinación de los Servicios de admisión y citaciones de Atención Primaria y Hospital
- 5.- implantación de herramientas como interconsulta virtual
- 6.- Mínimo de 4 reuniones al año del grupo de trabajo
- 7

INDICADORES

- 1.- Demora media:
Definición del indicador: Definición de demora media:
Fuente de Datos: HISS
Valor a alcanzar: inferior a 50 días en las tres especialidades COT, RHB y Reumatología
- 2.- Reclamaciones por demora en la Especialidad de COT
Definición del indicador: Reducción en el número de reclamaciones por demora (Número de reclamaciones en 2016- número de reclamaciones en 2017/ número de reclamaciones en 2016 x 100)
Fuente de Datos: Registro de Servicio de Atención al paciente
Valor a alcanzar: 50%
Límite Inferior
Límite superior
- 3.- Número de interconsultas realizadas por interconsulta Virtual
Definición del indicador:
Fuente de Datos: Servicios Centrales/Auditoria
Valor a alcanzar: 50%
Límite Inferior
Límite superior
- 4.- Informe del grupo de trabajo.
Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados, incluir la fuente de datos y el estándar (valor a alcanzar y/o los límites superior e inferior de calidad)

DURACIÓN

- 1.- Creación Grupo de Trabajo . marzo 2017
- 2.- Elaboración Documento Único: junio 2017
- 3.- Difusión a los centros. Telemática en primer semestre y presencial desde Abril-Diciembre (tres por año)
- 4.- reuniones con Admisión y coordinación recepción de motivos de consulta y circuito de citaciones en segundo semestre 2017
- 5.- Implantación primer trimestre de 2018

OBSERVACIONES

Afecta a varias líneas estratégicas, adecuación, continuidad asistencial, atención a tiempo, etc

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

1. TÍTULO

UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

1. TÍTULO

PROYECTO UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE FERNANDO LEON GALVE ROYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO SAURAS ANGEL
RENAU HERNANDEZ ESMERALDA
ORELLANA GARCIA RAQUEL
CATALAN EDO PILAR
PLUMED JUSTE MARIA TERESA
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
GALVE ROYO AGUSTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto se propuso en 2016 hace ya dos años, pero prácticamente se inició a finales de 2017. El objetivo principal era poder reorientar a pacientes con patología musculoesquelética hacia el recurso más pertinente y adecuando la demora. Sabíamos que había un gran volumen de pacientes en la lista de espera de Cirugía Ortopédica (más de 1000) que realmente se beneficiarían más de una buena comunicación previa y de medicina física que de un posible tratamiento quirúrgico ¿Por qué no intentarlo entonces? La forma de conseguirlo, mejorar la comunicación entre niveles, antes de movilizar al paciente. Hasta la fecha, cada especialidad había tenido sus contactos discretos y puntuales con los médicos proveedores de pacientes, atención primaria, pero de forma discreta o testimonial, y en alguna de ellas, ni siquiera se habían llegado a definir nunca expectativas.

Propusimos prorrogar porque entendemos que es un proyecto que necesita un ciclo más largo que el clásico de un año. Durante el primer año pudimos organizar un equipo de trabajo multidisciplinar en el que participaron una representación de los profesionales de las especialidades implicadas para poder conseguir un documento de consenso, que nos ha permitido vertebrar todas las actuaciones y que ha servido de referencia. También durante el primer año se revisaron circuitos, criterios de derivación desde atención primaria por especialidades y circuitos de derivación interna o de consulta entre las diferentes especialidades del Hospital. Para ello se organizaron reuniones con la Dirección de Atención Primaria y de Hospital y los interlocutores de las especialidades implicadas (3 al menos) y encuentros con los coordinadores de los equipos de Atención Primaria para debatir criterios de derivación y los circuitos, las dificultades encontradas y soluciones propuestas. La magnitud de población a la que afecta, prácticamente un tercio de la lista de espera de consultas externas (unos 1200 a 1500 pacientes) y el número de profesionales de diferentes servicios que interviene (9 de COT, 1 en Reuma, 3 en Rehabilitación, Atención Primaria más de 90 ...) necesitan de tiempo para invertir tendencias y rutinas establecidas. En cualquier caso podemos decir que ya hemos obtenido resultados en parte satisfactorios al iniciar este proyecto e incluir también la interconsulta virtual, con la que no contábamos inicialmente cuando diseñamos el proyecto, ni tampoco se apostaba desde Servicios Centrales para implantarla en especialidades con una gran número de pacientes en lista de espera de consultas de patologías de la esfera de musculoesquelético. Otra oportunidad que se aprovechó fue complementar el proyecto inicial con la adecuación de prescripción de pruebas de imagen, con objeto de coordinarlo, adecuar indicaciones y optimizar su uso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Explicamos a continuación, indicador por indicador, acciones y también resultados obtenidos

a) Interconsultas Virtuales. Porcentaje de IV realizadas y respondidas por el servicio de RHB y por COT. Valor objetivo. 100%.
En noviembre de 2018, en el corte de 31 de octubre hay un 100% de respuesta de IV en RHB (121/121) y de estas se han resuelto el 57%. En reumatología hay 97% (38/39) y un 29% de resolución. En COT hay un 100% (202/202) y un 41% de resolución. Las tres especialidades suman 360 IV, un tercio básicamente de las 1146 del mes de octubre.

b) Demora media en COT a 30 de junio de 2018 : valor Objetivo inferior a 50 días. 4.- Demora media en COT a 31 de diciembre de 2018 inferior a 40 días.

La demora media en COT a 3 de diciembre de 2018 es de 47 días y hay 451 pacientes en lista de espera de consultas externas. Esta especialidad es una de las contempladas en el decreto de garantías. En años previos el número de pacientes superaba los 1000 en lista de espera de consultas y la demora media ha estado en cifras superiores a los 60 días en los años previos. Si bien unos años antes se controlaba la demora media, era a expensas de incrementar número de primeras vistas y de utilizar recurso de COT para valoración de pacientes que realmente eran más de medicina física, esfuerzos en gestión económica y organizativas de los servicios, pero con error de planteamiento desde un principio.

c) Demora media en RHB a 30 de junio: valor objetivo inferior a 60 días.

La demora media en RHB es de 82 días y hay 587 pacientes en lista. Esto es porque se ha redistribuido, por primera vez y adecuadamente, los pacientes que estaban en LE de COT y que no eran de COT están ahora en la lista que efectivamente les corresponde, que es RHB. Para planificar esto es esencial, necesitamos reorganizar la Fisioterapia junto con la RHB pero trabajando en conjunto con COT y Reuma.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

1. TÍTULO

PROYECTO UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

d) Índice sucesivas/primeras en COT inferior a 3.
No se ha alcanzado este objetivo posiblemente también porque al depurar los pacientes y filtrar previamente, ya se selecciona aquellos que son más de seguimiento en COT. A 31 de octubre el índice sucesivas primeras es de 5,1. Seguiremos trabajando con el Servicio las revisiones de pacientes.

e) Talleres conjuntos Primaria -Hospital sobre interconsulta virtual. Valor objetivo 1 al menos (lugar. Atención primaria).
Se han realizado un taller conjunto con primaria-RHB-COT-Reuma-Radiodiagnóstico, en el Centro de salud Ensanche de Teruel, el 25 de octubre. Acudieron varios coordinadores de otros centros y se aportaron unas Diapositivas con circuitos y criterios de derivación, y se analizaron algunas IV realizadas y dudas. Fue participativo y creemos que un primer paso, aunque deberíamos seguir realizando tareas y talleres conjuntos

f) Taller de patología musculoesquelética (contenido clínico) .Valor Objetivo: 1 al menos (lugar: Hospital).
Se han realizado sesiones conjuntas con radiodiagnóstico, COT y RHB para concretar algunas solicitudes de pruebas de imagen en esta patología concreta.

g) Circuito paciente con patología de Unidad de Columna. Valor objetivo: Equipo de sector constituido y normas de funcionamiento (criterios de derivación a HUMS, reuniones de comité, etc).
Se ha organizado el circuito con la unidad de Columna HUMS y se ha implicado a los siguientes servicios del Hospital para coordinar las derivaciones y criterios: Unidad del Dolor (Anestesiología), Neurología, COT, RHB y Reumatología. Se necesitaría analizar volumen de derivaciones que se realizaba y cómo se derivaba (adecuación) y resultados (cuantos de los derivados sean beneficiado de técnicas de cuarto escalón) y comparar con los resultados en un plazo de un año. Es la propuesta de nuevo proyecto que proponemos desde Dirección para otros años siempre y cuando se mantenga el liderazgo clínico que permita coordinar 6 especialidades diferentes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En primer lugar, no precipitarse por los plazos. A veces los plazos y ciclos que regulan estos proyectos están sujetos más a criterios de índole económico-administrativo, como son la necesidad de responder a unos objetivos en materia de acuerdos de gestión o de objetivos alcanzados en productividad, que hace que no se disponga de tiempo necesario ni para implementar las medidas ni para tampoco obtener o esperar y dar tiempo a obtener y medir resultados. Si no da tiempo en un año, conviene prorrogar otro más el resultado final de la memoria.
Otra oportunidad que se aprovechó fue complementar el proyecto inicial con la adecuación de prescripción de pruebas de imagen, con objeto de coordinarlo, adecuar indicaciones y optimizar su uso (en fase de implementación. También requiere liderazgo y constancia. Veremos resultados en otros proyectos más adelante).
Redimensionar recursos ¿quién se atreve? No tenemos que formar más especialistas en COT, con mantener la formación y el relevo generacional sería suficiente, sin embargo si que hay que potenciar y mucho la fisioterapia en Atención Primaria, coordinada con COT y RHB del Hospital. Posiblemente necesitaríamos un médico Rehabilitador y dos Fisioterapeutas más en el sector de Teruel.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1723 ===== ***

Nº de registro: 1723

Título
UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Autores:
GALVE ROYO FERNANDO LEON, CASTRO SAURAS ANGEL, RENAU HERNANDEZ ESMERALDA, ORELLANA GARCIA RAQUEL, CATALAN EDO PILAR, PLUMED JUSTE MARIA TERESA, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, GALVE ROYO AGUSTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

1. TÍTULO

PROYECTO UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La suma de pacientes que solicitan consulta a los Servicios de COT, RHB y Reumatología supone más de 1/3 de las primeras consultas de Atención Especializada. Actualmente existe una demora media de más de 100 días y más de 1300 pacientes pendientes de primera visita en COT. Conocemos además que más de la mitad de los motivos de consulta a COT se beneficiarían antes de una valoración por RHB y sobre todo de una buena comunicación entre niveles que organizándose pueda mejorar la accesibilidad a los fragmentados recursos incluida la fisioterapia. Hoy se cita y después se gestiona, pretendemos gestionar primero y citar después.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Organización de una Unidad Funcional entre los Servicios de COT, RHB, Reumatología y Atención Primaria
- 2.- Desarrollo de un documento único con criterios y funcionamiento
- 3.- Establecer circuitos de comunicación coordinados interservicios
- 4.- Disminuir y adecuar la demora media de atención a los pacientes con patología musculoesquelética
- 5.- Mejorar la accesibilidad del paciente al sistema
- 6.- Optimizar Recursos
- 7.- Adecuar expectativas de la población

MÉTODO

- 1.- Creación de un grupo de trabajo y Elaboración de un Documento Único que regule el procedimiento de atención a pacientes con patología musculoesquelética en el Sector de Teruel, que recogerá circuitos, criterios de derivación, tiempos de respuesta de solicitudes, responsables de priorización y consultas preferentes, circuitos internos y mecanismos de comunicación
- 2.- Difusión a los Centros de SALUD
- 3.- Reuniones (al menos dos) primaria y especializada)
- 4.- Coordinación de los Servicios de admisión y citaciones de Atención Primaria y Hospital
- 5.- implantación de herramientas como interconsulta virtual
- 6.- Mínimo de 4 reuniones al año del grupo de trabajo
- 7

INDICADORES

- 1.- Demora media:
Definición del indicador: Definición de demora media:
Fuente de Datos: HISS
Valor a alcanzar: inferior a 50 días en las tres especialidades COT, RHB y Reumatología
- 2.- Reclamaciones por demora en la Especialidad de COT
Definición del indicador: Reducción en el número de reclamaciones por demora (Número de reclamaciones en 2016- número de reclamaciones en 2017/ número de reclamaciones en 2016 x 100)
Fuente de Datos: Registro de Servicio de Atención al paciente
Valor a alcanzar: 50%
Límite Inferior
Límite superior
- 3.- Número de interconsultas realizadas por interconsulta Virtual
Definición del indicador:
Fuente de Datos: Servicios Centrales/Auditoria
Valor a alcanzar: 50%
Límite Inferior
Límite superior
- 4.- Informe del grupo de trabajo.
Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados, incluir la fuente de datos y el estándar (valor a alcanzar y/o los límites superior e inferior de calidad)

DURACIÓN

- 1.- Creación Grupo de Trabajo . marzo 2017
- 2.- Elaboración Documento Único: junio 2017
- 3.- Difusión a los centros. Telemática en primer semestre y presencial desde Abril-Diciembre (tres por año)
- 4.- reuniones con Admisión y coordinación recepción de motivos de consulta y circuito de citaciones en segundo semestre 2017
- 5.- Implantación primer trimestre de 2018

OBSERVACIONES

Afecta a varias líneas estratégicas, adecuación, continuidad asistencial, atención a tiempo, etc

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 - 2016/1723

1. TÍTULO

PROYECTO UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0528

1. TÍTULO

PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL PEREZ HERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COLLADOS MARTIN MARIA DOLORES
GUIMERA GASCON JOSEFINA
MATEO SORIANO CARMEN
PEREZ GARGALLO CARMEN
ROMERO GUILLEN MARIA TERESA
FERNANDEZ VIÑADO MARIA DOLORES
PLUMED JUSTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se han realizado 4 reuniones con los miembros del equipo para establecer las prioridades y el cronograma más adecuado para realizar el proyecto.
Marzo: selección de la oportunidad de mejora. Distribución de las actividades a los miembros del equipo.
Elaboración de indicadores y monitorización.
Junio: recogida de datos de los indicadores. Se decide suprimir el primer objetivo de "actualización de la encuesta telefónica postquirúrgica" por no ser pertinente, se sigue realizando la encuesta actual.
Noviembre: elaboración del documento para una mejora en la comunicación y coordinación entre el personal de admisión, el servicio de Cma y la dirección de enfermería.
Enero-Febrero: obtención de resultados y elaboración de la memoria.
Realización de las actas de las reuniones.
2. Elaboración del documento por los miembros del proyecto para establecer el circuito de comunicación entre los servicios de admisión, admisión de urgencias y Servicio de Cma para disminuir la incidencia de pacientes extraviados el día de la I.Q., disminuir la demora de preparación del paciente por diferentes causas (historia clínica no preparada por no tener el parte quirúrgico en el servicio, paciente en planta de hospitalización en vez de en Cma...)
3. Elaboración de un excel para la recogida de datos necesarios para la monitorización de la recogida de encuestas contestadas o no contestadas.
4. Elaboración de un excel para la recogida de datos para la monitorización de los tiempos de espera entre la entrada a la unidad y la entrada a quirófano.
5. Uso de herramientas cualitativas (lluvia de ideas, observación directa) y cuantitativas (encuesta, monitorización de indicadores)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

* Se monitorizan las encuestas telefónicas postquirúrgicas por especialidades de marzo a diciembre teniendo en cuenta que no se cierra la unidad en periodo vacacional. Del total de pacientes de Cma (670) se excluyen para esta actividad a 464 pacientes de oftalmología por tener consulta al día siguiente de la IQ.(no se les realiza la encuesta). Se les realiza la encuesta a 149 pacientes (72,33%) si incidencias significativas. A 57 pacientes (27,66 %)no se les encuesta por distintas causas(ingreso en hospitalización por orden médica, no cogen el teléfono, datos telefónicos erróneos)
* Durante este periodo no se reciben en el servicio de Cma un total de 11 partes de quirófano por diferentes causas (desconocimiento del celador, olvido de envío desde admisión..). Tampoco se reciben un total de 12 partes modificados. Con la consiguiente repercusión en la demora de preparación del paciente para la intervención quirúrgica.
* Con la realización del nuevo documento con las instrucciones debidas para la corrección de estas incidencias. En el periodo de enero y mitad de febrero se reciben en Cma todos los partes de quirófano y los partes modificados.
* Incidencias observadas a tener en cuenta:
- se suspenden 7 intervenciones por incidencias en quirófano.
- no se presentan 2 pacientes a la IQ.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido al circuito establecido de comunicación entre el Servicio de CMA y el de Admisión han disminuido las incidencias relacionadas al extravío de pacientes y la demora en su preparación para la intervención.
La encuesta postquirúrgica telefónica realizada tiene una elevada satisfacción y aceptación por parte del paciente.
El personal de la Unidad ha mostrado una disposición y motivación para llevar a cabo dicho proyecto
La información y comunicación son dos elementos claves en la organización de la Unidad.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0528

1. TÍTULO

PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO

*** ===== Resumen del proyecto 2018/528 ===== ***

Nº de registro: 0528

Título
PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO

Autores:
PEREZ HERNANDEZ RAQUEL, COLLADOS MARTIN MARIA DOLORES, GUIMERA GASCON JOSEFINA, MATEO SORIANO CAMEN, PEREZ GARGALLO CARMEN, ROMERO GUILLEN MARIA TERESA, PLUMED JUSTE MARIA TERESA, FERNANDEZ VIÑADO DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La idea de poder mejorar el tiempo de espera de los pacientes que acuden a la CMA es una constante que se lleva incidiendo desde que se abrió la unidad.
En el último año hemos detectado que los pacientes que están en el parte quirúrgico en primer lugar e incluso segundo lugar el tiempo de espera desde su llegada a la unidad con la hora de entrada a quirófano es satisfactorio, pero la problemática se encuentra con los pacientes que están en el resto del parte, debido al aumento de tiempo que esperan hasta que son intervenidos, con la consiguiente disconformidad y emisión de quejas por parte de los mismos o familiares.
Tb se quiere garantizar una continuidad de cuidados y un control clínico a través de una encuesta telefónica a las 24 horas de la I.Q.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Actualización de la encuesta telefónica postquirúrgica.
2. Registrar al menos un 80% de las encuestas telefónicas
3. Elaborar un circuito de comunicación directa para las incidencias entre CMA, Servicio de admisión y Dirección enfermería.
4. Disminuir la ansiedad previa a la IQ.

MÉTODO
Por eso hemos decidido mejorar la gestión de tiempos y atención al paciente intervenido en CMA y por especialidades la hora de llegada que desde admisión se comunica a los pacientes (coordinado con el jefe de cada servicio), y la hora de entrada a quirófano.
Reuniones cada dos meses de los miembros de proyecto (al menos 4/año).
Elaboración de un registro diario de las horas de llegada al hospital y entrada a quirófano.
Actualización de la encuesta telefónica postquirúrgica, con valoración del objetivo del proceso de atención.
Registro del nivel de ansiedad previo IQ.
Elaborar documento para las familias del paciente intervenido en CMA.

INDICADORES
1. Pacientes que se les realiza la encuesta telefónica del total de pacientes que pasan por la CMA. Valoración general del proceso de atención >75%
2. Pacientes que tienen hipertermia postquirúrgica en las primeras 24 horas del total de pacientes intervenidos en CMA.
3. Nivel de ansiedad previo a la IQ y relación con el tiempo de espera . Hoja de inclusión quirúrgica cumplimentada del total de hojas pacientes intervenidos en CMA.

DURACIÓN
Enero- Febrero- : definir las actividades a realizar según objetivos marcados y elaboración del Excel para el registro de datos.
Marzo a Junio: registro de datos del Excel de horas de llegada al hospital y entrada a quirófano
Marzo a Noviembre: registro de datos de encuestas telefónicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0528

1. TÍTULO

PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO

Julio-agosto-septiembre : Evaluación de tiempos de espera, y modificación de horarios para el último trimestre del año.
Octubre-Noviembre: registro de horarios modificados
Diciembre: evaluación de tiempos de espera con los horarios modificados. Y evaluación de los registros de la encuesta de satisfacción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0782

1. TÍTULO

MEJORA DE LA IDENTIFICACION DE PACIENTES ALERGICOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA TERESA PLUMED JUSTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ HERNANDEZ RAQUEL
CATALAN EDO MARIA PILAR
GUILLEN MAICAS NURIA
FUERTES MUÑOZ MARIA
SOLER HERNANDEZ ENCARNACION
ABRIL MARQUES GLORIA MARIA
CEBRIAN CLEMENTE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Valoración de varios modelos de pulseras de alergias de diferentes casas comerciales seleccionando una pulsera suave y cómoda, resistente al agua, de color llamativo (malva),ajustable, con cierre inviolable y que permite rotular la alergia.
- Se convoca una reunión con las supervisoras en la que se les muestra la pulsera y se les explica el nuevo procedimiento para que lo difundan al personal de enfermería de sus unidades y seleccionen una responsable que se encargue de realizar los cortes mensuales de los indicadores.
- Justificación de la necesidad de las pulseras y creación de un código serpa para el pedido de estas. Se hace almacenable para que puedan solicitarlo desde todas las unidades.
- Se establecen indicadores y se elaboran las plantillas donde se registrarán mensualmente. Los servicios que realizarán el seguimiento serán las unidades de hospitalización (toco-ginecología, traumatología- urología, cirugía, medicina interna, psiquiatría, especialidades médicas, UCC, UCI) quedando excluida pediatría
- Los indicadores establecidos son:
Nº de pulseras en pacientes alérgicos/ nº de pacientes alérgicos ingresados en la unidad.
Nº de reacciones alérgicas registradas en pacientes identificados con pulsera de alergia.
- Actualización del protocolo de identificación de pacientes incluyendo el nuevo procedimiento de identificación de pacientes con pulsera de alergia. Se presenta a la Comisión de Cuidados del Hospital para su aprobación.
- Se realiza una nueva reunión con las supervisoras para entregarles las plantillas de los indicadores, proporcionarles el código serpa e iniciar el uso de las pulseras.
- El primer corte de indicadores se realizará el último día del mes de marzo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Buena aceptación por parte de las supervisoras del nuevo procedimiento.
- Implantación de un material para mejorar la seguridad del paciente hospitalizado.
- Estandarización del trabajo de enfermería a través de un protocolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los datos cualitativos de dispondrán a finales del año y en función de los resultados se valorarán las limitaciones que se han encontrado, modificaciones y líneas de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/782 ===== ***

Nº de registro: 0782

Título
MEJORA DE LA IDENTIFICACION DE PACIENTES ALERGICOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

Autores:
PLUMED JUSTE MARIA TERESA, RUEDA GRACIA EVA, SOLER HERNANDEZ ENCARNACION, FUERTES MUÑOZ MARIA, GUILLEN MAICAS NURIA, MORTE PASCUAL SUSANA, PEREZ HERNANDEZ RAQUEL, CATALAN EDO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0782

1. TÍTULO

MEJORA DE LA IDENTIFICACION DE PACIENTES ALERGICOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todos los pacientes alérgicos ingresados en el hospital
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El registro de las alergias de los pacientes que ingresan en el hospital se realiza en la historia clínica. Los profesionales involucrados en los cuidados del paciente frecuentemente no disponen de la historia clínica en el momento del cuidado a "pie de cama" con el consiguiente riesgo de cometer errores en la administración de la medicación que pueden tener consecuencias graves.
Una de las maneras para tener identificado al paciente en el momento, sería mediante la colocación de una pulsera en los pacientes alérgicos que ingresen en el hospital reduciendo así los riesgos que se puedan producir durante la práctica clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

Reducir el riesgo asociado a la administración de medicación mediante la implantación de una identificación de pacientes alérgicos para prevenir errores con la asistencia sanitaria.

Mejorar el sistema actual de detección y control de todos los pacientes con alergias que ingresan en el hospital.

MÉTODO

Justificación de la necesidad y creación de un código SERPA para la adquisición de las pulseras.

Definir el proceso de identificación de pacientes alérgicos en el hospital.

Difusión del proceso. Se convocarán reuniones con las supervisoras para que conozcan el nuevo procedimiento y posteriormente ellas serán las encargadas de difundirlo al personal de enfermería mediante sesión clínica para que sea conocido y aplicado en las unidades.

Formación del personal administrativo tanto diurno como de urgencias que prepara y distribuye las pulseras a las unidades.

Se realizarán cortes mensuales de los indicadores.

Encuesta a los profesionales de enfermería sobre la utilidad de la pulsera identificativa de alergias.

Evaluación de resultados. Problemas identificados. Oportunidades de mejora.

INDICADORES

Nº de pulseras en pacientes alérgicos/ nº de pacientes alérgicos ingresados por planta (corte mensual)

Nº de reacciones alérgicas registradas en pacientes identificados con pulsera de alergia.

Opinión de los profesionales de enfermería acerca de las pulseras: beneficio/ utilidad. Sugerencias de los profesionales.

DURACIÓN

La actividad se desarrollará durante el año 2018 y se pretende mantenerla en el futuro.

Está prevista la adquisición de las pulseras para la primera quincena de junio y en la segunda quincena comenzar a colocarlas en los pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0782

1. TÍTULO

MEJORA DE LA IDENTIFICACION DE PACIENTES ALERGICOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1304

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO CON LA COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y RADIODIAGNÓSTICO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR CATALAN EDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALEGRE SANCHO FRANCISCO JAVIER

HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES

ALCAINE ARANDA ANA MARIA

GRACIA POLO SANDRA

NARANJO SORIANO GEMA

MENDEZ MUÑOZ ISABEL

MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como parte del equipo de mejora se creó un grupo de trabajo formado por personal de enfermería del Servicio de Laboratorio y radiodiagnóstico. Se estableció un calendario de reuniones, el responsable del proyecto hizo de moderador y se utilizaron dinámicas sencillas de gestión para generar ideas. Se llevaron a cabo 8 reuniones de las que se levantó acta, se definieron los acuerdos alcanzados y resultados obtenidos.

Se creó un diagrama de flujo en el que se detallaban los pasos que seguiría el paciente en el nuevo proceso. También se consensuaron las necesidades de acceso venoso periférico para una adecuada prueba con contraste en el servicio de rayos y los cuidados de enfermería oportunos para su adecuado mantenimiento. Este se basó en las evidencias científicas disponibles y se revisó con la supervisora de UCI experta en la formación sobre colocación y mantenimiento de vías venosas en el hospital.

Se estableció un horario fijo para poder ser atendido en el servicio de laboratorio que se fijó de 8 a 10:30.

Mientras que las pruebas en el servicio de rayos se realizan mediante citación de 8 a 15 horas.

Se consideró importante que la unidad o servicio emisor, en este caso oncología conociera el proyecto para que informase a los pacientes del nuevo flujo que tendrían que realizar para llevar a cabo las pruebas complementarias solicitadas. De igual modo implicar al servicio de citaciones de radiodiagnóstico para que cuando llamasen a los pacientes les recordasen que si tenían que hacerse analítica que se lo indicaran a la enfermera de laboratorio. También se consideró oportuno modificar las recomendaciones en papel que se le daban al paciente desde la consulta de oncología.

Para todo ello se planificó y llevó a cabo una reunión con el servicio de oncología, hospital de día de oncología y con la supervisora de consultas. Se les presentó el proyecto y se revisaron las recomendaciones que se le entregaban al paciente. Posteriormente se siguió la misma metodología con el servicio de admisión de rayos.

Se crearon unas hojas de registro de datos en formato excell que dispondría el servicio de radiodiagnóstico como método de recogida de los pacientes que se habían sido incluidos en el proceso con los siguientes datos:

especialidad, donde se había realizado la analítica, si se siguió el procedimiento de canalización de vía venosa, si hubo alguna complicación y la satisfacción del paciente mediante encuesta de satisfacción.

Todo el proceso de preparación de documentación, reuniones, y trabajo inicial del grupo se llevó a cabo hasta final de mayo, programándose para junio la implantación y registro. Por lo que los datos que presentamos son de junio a diciembre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- En nº de actas del grupo de trabajo: al menos 4. Se ha cumplido porque se han realizado 8 con actas, siendo mayor el número de reuniones realizadas.

2.- Establecimiento de los circuitos del paciente para la óptima gestión de pruebas: Si/No. Se ha establecido un diagrama de flujo en el que se indican los pasos a seguir. Se han modificado diversos documentos en papel con las recomendaciones que deben seguir los pacientes que se realizan pruebas diagnósticas de oncología.

3.- Implementación en el hospital mediante sesión de enfermería: al menos 1. Se pensó en realizar una sesión única, pero finalmente se consideró más operativo una por servicio para explicar el proceso de atención al paciente, con lo que se realizaron 2 (consultas y radiodiagnóstico).

4.- nº de pacientes oncológicos en los que se sigue el procedimiento establecido/total de pacientes oncológico a los que se le realizan las pruebas *100 .

En 2019 se vio en la consulta de oncología del hospital Obispo Polanco a 2659 pacientes, de estos los pacientes visitados en el último semestre fue de 1456 pacientes. Por otro lado, según los datos del servicio de radiodiagnóstico se realizaron en 2019 unas 3000 pruebas con contraste, y están codificados como solicitados por la especialidad de oncología en el segundo semestre de 2019: 346 escáner con contraste.

El proyecto comenzó en junio. Según las hojas de registro creadas para anotar a los pacientes que siguen el proceso se han incluido en él 111 pacientes. De estos están codificados como oncología 84 pacientes y el resto pertenecen a otras especialidades como cirugía, urología, urología o digestivo.

$84/346 * 100 = 24.27\%$

5.- Reducción del número de pacientes a los que se les realizan las pruebas por separado. Se disminuyó el número de pacientes que se realizan pruebas por separado en 111 pacientes. Supone unos 20 pacientes menos pinchados cada mes, pero hay que tener en cuenta que algunos meses disminuye considerablemente la actividad asistencial por periodos estivales, con lo que llevaremos a cabo la monitorización a lo largo del próximo año, también se va a valorar incluir a más especialidades.

El reparto de las punciones venosas por servicio fue: 58 pacientes en Rayos y 53 en laboratorio, por lo que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1304

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO CON LA COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y RADIODIAGNÓSTICO

se considera que la distribución y carga de trabajo ha sido homogénea.

6.- Satisfacción del paciente

Se realizó una breve encuesta de satisfacción a 50 pacientes indicando:

-si la sistemática de trabajo y procedimiento actual le parecía mejor o peor que el anterior y el 100% indicó que le parecía mejor que el anterior.

-También se les indicó que dijeran en la escala liker de 1 a 10 si la organización le parece mejor o peor que antes siendo 1 peor que antes y 10 mucho mejor. Con esta escala se recoge la percepción y satisfacción global al disminuir el número de visitas y que se le pinchara solo en 1 ocasión. La media global en la muestra fue de 9,8 puntos, considerándose mucho mejor que la anterior.

7.- Disminución del gasto sanitario.

Se ha llevado a cabo un estudio de la disminución del gasto por ahorro de material, si bien los materiales de punción y acceso venoso se compran por concurso centralizado saliendo muy económicos (aguja extracción múltiple= 0.119€/unidad y catéter venoso periférico = 0.508€/unidad). Al no ser la muestra muy grande y haberse evaluado solo en medio año ha supuesto un ahorro en 2019 de alrededor de 20€.

8.- Efectos adversos.

Solo en 1 caso la vía estuvo coagulada y hubo que volver a canalizar otra vía venosa. Por lo que la incidencia de complicaciones fue muy baja del 0.90%, lo que indica que tanto la técnica de punción como la de conservación del acceso venoso se realizó de manera adecuada y siguiendo las indicaciones establecidas en el proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Partimos como situación de partida del hospital de que los pacientes acuden al centro en dos momentos, uno para realizarse la analítica y otro para llevar a cabo la prueba diagnóstica, en cada uno de ellos se lleva a cabo una punción venosa, lo que puede derivar en un riesgo para el paciente derivado de la técnica, y en un perjuicio personal y laboral por el número de visitas por parte del paciente y acompañantes que tienen que ausentarse de su actividad laboral, repercutiendo en el gasto de las empresas. Gracias a este proyecto casi un 25% de los pacientes oncológicos han reducido el número de visitas al centro y el número de punciones. Creemos importante ampliarlo al resto de servicios del hospital.

7. OBSERVACIONES.

No hemos podido pegar el diagrama de flujo, ni otras herramientas de gestión utilizadas al ser imágenes o documentación anexa.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1304 ===== ***

Nº de registro: 1304

Título
MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE ONCOLOGICO CON LA COLABORACION ENTRE LOS SERVIDIOS DE LABORATORIO Y RADIODIAGNOSTICO

Autores:
CATALAN EDO PILAR, ALEGRE SANCHO FRANCISCO JAVIER, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES, ALCAINE ARANDA ANA MARIA, GRACIA POLO SANDRA, NARANJO SORIANO GEMA, ALQUEZAR PEREZ ANA, MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El acceso venoso es una necesidad importante en el cuidado y manejo del paciente oncológico. Además, tanto a lo largo de todo el proceso de tratamiento, como posteriormente en las revisiones programadas, los oncólogos solicitan analíticas de control, así como TC que precisan la punción venosa y/o canalización de una vía venosa periférica. En muchas ocasiones se limita la posibilidad de punción a una sola extremidad con lo que se van sumando factores que dificultan progresivamente la punción y aumentan el número de visitas al hospital si se realiza cada acto en un día independiente.

El número de pacientes oncológicos a los que se le realiza TC con contraste en el Hospital Obispo Polanco ha aumentado exponencialmente en los últimos años, debido al aumento de los diagnósticos clínicos. Durante el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1304

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO CON LA COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO Y RADIODIAGNÓSTICO

primer año y en muchos casos durante segundo año las revisiones post diagnóstico por parte del especialista se programan trimestralmente, distanciándose este periodo en función de la evolución del paciente. La situación actual en el hospital es que los pacientes tienen que acudir en dos momentos distintos para poder completar las pruebas necesarias antes de la visita de revisión; uno para sacarse la analítica y otra para la realización TC y en cada momento se les realiza una punción venosa. Todo ello supone un perjuicio para el paciente porque aumentamos el número de técnicas invasivas que se le realizan y número de veces que tiene que acudir al hospital. También los profesionales deben repetir la misma técnica en dos ocasiones, lo que supone una pérdida de tiempo efectivo de trabajo que podría ser invertido en otro paciente y el núcleo familiar debe acompañar al paciente en diversas ocasiones, lo que supone ausencias de su actividad laboral.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la asistencia al paciente oncológico que requiere servicios conjuntos de laboratorio y radiodiagnóstico (realización de un TC con contraste y analítica de control).
Reducir el número de punciones en pacientes oncológicos que suelen mostrar mal acceso vascular post tratamientos.
Simplificar las visitas a los servicios, realizar circuitos más sencillos para los pacientes.
Unificar la técnica de punción inter servicios centrales.
Mejorar la satisfacción del paciente y familiares.

MÉTODO

Creación del grupo de trabajo.
Mediante diversas herramientas de gestión se establecerán el o los circuitos estandarizados, sencillos y fáciles para los pacientes. Se pedirá la colaboración de algún informante clave o paciente que esté inmerso en este circuito de revisiones para saber su opinión y aportación de ideas.
Se establecerá un procedimiento para canalización de vía venosa para la atención al paciente oncológico con arreglo al tipo de análisis o TC que se vaya a realizar.
Implementación en el hospital. Difusión y formación a todos los profesionales implicados.
Comunicación al servicio de oncología que será el que derive al paciente a estas pruebas.
Evaluación del funcionamiento para establecer acciones de mejora si fuera necesario.

INDICADORES

Actas del grupo de trabajo: al menos 4
Establecimiento de los circuitos del paciente para la óptima gestión de pruebas (analítica y TC): Si/No
Elaboración del procedimiento de canalización de vía venosa: Si/NO
Implementación en el hospital mediante sesión de enfermería: al menos 1.
Nº pacientes oncológicos en los que se sigue el procedimiento establecido/total de pacientes oncológicos a los que se le realizan pruebas *100
Reducción del número de pacientes oncológicos que se realizan la analítica o TC de forma independiente respecto al periodo de 2018
Satisfacción de paciente en relación con la unificación de pruebas: puntuación buena o muy buena

DURACIÓN

Abril: primera reunión del grupo de trabajo conjunta
Abril a junio: dinámicas de grupo para conocer la situación y describir los circuitos por los que pasará el paciente y el procedimiento.
Octubre-Noviembre: implementación y difusión:
Enero-febrero: análisis de los primeros datos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1321

1. TÍTULO

PROGRAMA DE REPASO DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE LUIS CIPRES CASASNOVAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA
LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado sesiones de educación diabetologica personalizadas a 10 pacientes con diabetes mellitus tipo 1. Fundamentalmente nos hemos centrado en dos objetivos: mejorar el autocontrol de su transtorno y enseñarles a prevenir las hipoglucemias. Se ha elaborado y entregado material propio para la realización del autocontrol. No se han realizado sesiones educativas conjuntas por la dificultad de coordinar los horarios de los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Han mejorado en el conocimiento y realizacion del autocontrol: esto se ha evaluado interrogandoles acerca del conocimiento y aplicación de los criterios de autocontrol propios entregados. Tambien han mejorado en la prevención de las hipoglucemias; evaluado en función del dato de que no han tenido ninguna hipoglucemia severa durante el periodo transcurrido (desde junio de 2017).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han conseguido mejoras en el conocimiento y control de la diabetes asi como en la prevencion de las hipoglucemias. El hecho de que no se hayan podido realizar sesiones formativas conjuntas no nos parece una dificultad, damos mas valor a la formación individual. La experiencia es buena y por esta razón planteamos extender la iniciativa, tambien con material propio, a pacientes diabeticos tipo 2 que esten en tratamiento con insulina.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1321 ===== ***

Nº de registro: 1321

Título
PROYECTO DE MEJORA: PROGRAMA DE REPASO DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN DM1

Autores:
MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA, CIPRES CASASNOVAS LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

La educación diabetológica es parte esencial en el tratamiento de pacientes diabéticos tanto si reciben tratamiento con insulina bolo-basal, como si lo realizan con sistema de infusión continua de insulina, recibir una educación diabetologica reglada y normalizada dentro de un programa de formación tanto individualizado como grupal supone una mejoría en la calidad de vida y en el control glucémico. En el momento actual únicamente disponemos de guías de práctica clínica orientada a especialistas en endocrinología y a educadores en diabetes sobre el inicio teórico con el que se debe formar al pacientes en DM, pero este material no se ha adaptado de modo educativo para la formación para pacientes. El aporte de este material dentro de un marco de educación diabetológica estructurada es fundamental para el éxito de este tipo de tratamiento y por lo tanto conseguir nuestros objetivos y minimizar costes innecesarios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1321

1. TÍTULO

PROGRAMA DE REPASO DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1

derivados de una incorrecta utilización del tratamiento.

Otro problema añadido de la DM1, es que se trata de una enfermedad crónica y es necesario la realización de una educación continuada tanto de repaso de conocimientos como de adquisición de nuevas aptitudes, para alcanzar estos objetivos dos alternativas con las que contamos son, la primera el aporte de material actualizado a los pacientes y por otro la realización de sesiones educaciones conjuntas, en grupos de 5-8 pacientes para la optimización de los recursos y las ventajas que supone la relación entre pacientes con la misma patología.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualizar conocimientos de educación diabetológica .

La terapia con pauta basal-bolo, es una opción de tratamiento en pacientes seleccionados DM1 con mal control glucémico o hipoglucemias repetitivas.

MÉTODO

DESARROLLO DEL PROYECTO

El desarrollo del proyecto se realizará a través de la entrega de material de educación diabetológica en la consulta habitual de endocrinología y repaso de dudas en la segunda visita

CONTENIDOS DE LA SESIÓN FORMATIVA

- Repaso de conceptos generales .
- Repaso de concepto Factor de sensibilidad y ratio ración/ hidrato de carbono.
- Bolo corrector
- Situaciones especiales: Enfermedad y viajes.
- Como afrontar el ejercicio en la DM1.

INDICADORES

La evaluación se realizará en primer lugar con el control glucémico (HbA) antes de la formación, a los tres meses y al año; como indicadores utilizaremos: número de pacientes dentro de objetivos (HbA) e hipoglucemia. Se solicitará a los pacientes un cuestionario sobre cambios producidos desde la sesión de actualización, mejoría de la adaptación al tratamiento, mayor seguridad sobre el manejo del sistema, aprendizaje de nuevos conceptos, mejoría de la calidad de vida.

DURACIÓN

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

La jornadas de actualización se realizaran entre Junio 2017 y abril 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 - 2018/0017

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE LUIS CIPRES CASASNOVAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha elaborado un material formativo específico que se ha entregado en la consulta a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que precisaban iniciar tratamiento insulínico por primera vez, tanto basal como en pauta bolo-basal. Dicho material didáctico se explicaba durante la consulta de forma adaptada al nivel de comprensión de cada paciente.
- Se ha realizado una monitorización de dichos pacientes cada 3 meses, en la consulta de Endocrinología, realizando una sesión formativa y un repaso de dicho material en cada una de las visitas.
- También se ha llevado a cabo una evaluación del grado de su adecuada cumplimentación, así como de las hipoglucemias ocurridas entre las visitas.
- En cada consulta a su vez se ha realizado el control clínico y analítico de los pacientes, para comprobar la mejoría de su estado clínico, así como de los niveles de glucemia y de HbA1c.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La formación específica e individualizada se ha realizado a un total de 44 pacientes con diabetes tipo 2 que precisaban iniciar tratamiento con insulina dado su inadecuado control glucémico con las medidas y/o el tratamiento previamente establecido.
- Al monitorizar, de 1 a 10, tanto el grado de conocimiento del material entregado como su cumplimentación en el día a día del tratamiento insulínico, se ha obtenido una media de 8,6 puntos en el nivel de conocimiento y cumplimentación, manteniéndose el adecuado aprendizaje a los 6 meses, favorecido por el repaso trimestral realizado.
- Se ha objetivado una mejoría significativa de los niveles del indicador HbA1c, tanto a los 3 como a los 6 meses de haber iniciado la insulinización y de haber realizado la educación diabetológica. Dichos niveles han sido de media los siguientes:
 - o Niveles de HbA1 antes de iniciar el tratamiento insulínico y realizar la educación diabetológica: 11,4%
 - o Niveles de HbA1c a los 3 meses: 6,4%
 - o Niveles de HbA1c a los 6 meses: 6,6%
 - o Objetivo de referencia de un adecuado control glucémico: HbA1c<7%
- Respecto a la monitorización del número de hipoglucemias ocurridas durante el seguimiento, no se ha producido ningún caso de hipoglucemia grave. Se han producido una media de 3-4 hipoglucemias leves-moderadas durante el seguimiento en seis meses, en la mayoría de las ocasiones ocasionadas por un inadecuado ajuste de los pacientes de la pauta de insulina rápida en relación con la ingesta y el ejercicio que habían realizado, que principalmente se han producido en los primeros 3 meses del inicio del tratamiento insulínico, y cuya sintomatología había sido adecuadamente reconocida por los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La educación diabetológica se considera una parte fundamental en los cuidados del paciente con diabetes tipo 2. Gracias a la educación realizada en los pacientes, utilizando un contenido educativo individualizado y adaptado a su capacidad de aprendizaje, se ha mejorado su conocimiento y sus habilidades para poder asumir el control de su enfermedad e integrar el autocontrol de la diabetes en su vida cotidiana, algo que resulta de especial relevancia en el paciente que precisa comenzar con una pauta de insulinización por primera vez. Fomentar la participación del paciente y dedicar tiempo a la adecuada enseñanza del uso del autoanálisis y autoajuste de insulina ha dado lugar a una mejoría significativa del control glucémico, medido de forma objetiva por los niveles de HbA1c como reflejo del control glucémico de los últimos meses, y a la consecución unos niveles de glucemia adecuados y dentro de los objetivos marcados en los pacientes, minimizando además las posibilidades de que se produjeran episodios de hipoglucemia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/17 ===== ***

Nº de registro: 0017

Título
PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0017

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

Autores:

CIPRES CASASNOVAS LUIS, LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

La diabétes méllitus es una enfermedad crónica con posibilidad de desarrollar importantes comorbilidades en dependencia del control metabólico de la misma.
La educación diabetologica es una parte esencial del tratamiento del diabetico y de ella depende, en gran parte, el control metabolico diario del paciente y que implemente adecuadamente los consejos que recibe.
El diabetico tipo 2 en tratamiento con insulina precisa una atención especial para que realice correctamente el tratamiento porque, en muchas ocasiones, se trata de una persona mayor y con resistencia al tratamiento insulinico y al autocontrol que el mismo requiere.

RESULTADOS ESPERADOS

Se trata de dar formación individualizada al diabético tipo 2 que precise insulina.
La formación, que sera individualizada, atendera sobre todo al manejo del autocontrol del tratamiento insulinico y a la prevención de las hipoglucemias.

MÉTODO

Se esta elaborando un material especifico para entregar al paciente diabetico tipo 2 que este en tratamiento con insulina tanto basal como en pauta bolo-basal.
Se trata de un material muy didactico, para que se adapte bien al perfil de paciente, que se le entregara y explicara en la consulta externa de endocrinologia.
Cada tres meses, tambien en la consulta externa de endocrinologia, se realizara una sesión formativa acerca de este material que incluire el repaso del mismo y una evaluación del grado de su cumplimiento asi como de las hipoglucemias que hayan ocurrido. En la misma consulta se realizara el control clinico y analitico del paciente.

INDICADORES

Se monitorizaran, de 1 a 10, tanto el grado de conocimiento del material entregado como su cumplimentación en el día a a día del tratamiento insulinico.
Tambien el número de hipoglucemiuas que hayan ocurrido.
La eficacia del proyecto se objetivara en la mejoria de la HbA1c.

DURACIÓN

Proyecto para todo 2018 o durante más tiempo en dependencia de los resultados del mismo.
Las sesiones presenciales formativas en la consulta externa de endocrinologia tendran una duración de 20 a 30 minutos y en las mismas tambien se evaluara el control metabólico del paciente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0017

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE LUIS CIPRES CASASNOVAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha elaborado un material formativo específico que se ha entregado en la consulta a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que precisaban iniciar tratamiento insulínico por primera vez, tanto basal como en pauta bolo-basal. Dicho material didáctico se explicaba durante la consulta de forma adaptada al nivel de comprensión de cada paciente.
- Se ha realizado una monitorización de dichos pacientes cada 3 meses, en la consulta de Endocrinología, realizando una sesión formativa y un repaso de dicho material en cada una de las visitas.
- También se ha llevado a cabo una evaluación del grado de su adecuada cumplimentación, así como de las hipoglucemias ocurridas entre las visitas.
- En cada consulta a su vez se ha realizado el control clínico y analítico de los pacientes, para comprobar la mejoría de su estado clínico, así como de los niveles de glucemia y de HbA1c.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La formación específica e individualizada se ha realizado a un total de 44 pacientes con diabetes tipo 2 que precisaban iniciar tratamiento con insulina dado su inadecuado control glucémico con las medidas y/o el tratamiento previamente establecido.
- Al monitorizar, de 1 a 10, tanto el grado de conocimiento del material entregado como su cumplimentación en el día a día del tratamiento insulínico, se ha obtenido una media de 8,6 puntos en el nivel de conocimiento y cumplimentación, manteniéndose el adecuado aprendizaje a los 6 meses, favorecido por el repaso trimestral realizado.
- Se ha objetivado una mejoría significativa de los niveles del indicador HbA1c, tanto a los 3 como a los 6 meses de haber iniciado la insulinización y de haber realizado la educación diabetológica. Dichos niveles han sido de media los siguientes:
 - o Niveles de HbA1 antes de iniciar el tratamiento insulínico y realizar la educación diabetológica: 11,4%
 - o Niveles de HbA1c a los 3 meses: 6,4%
 - o Niveles de HbA1c a los 6 meses: 6,6%
 - o Objetivo de referencia de un adecuado control glucémico: HbA1c<7%
- Respecto a la monitorización del número de hipoglucemias ocurridas durante el seguimiento, no se ha producido ningún caso de hipoglucemia grave. Se han producido una media de 3-4 hipoglucemias leves-moderadas durante el seguimiento en seis meses, en la mayoría de las ocasiones ocasionadas por un inadecuado ajuste de los pacientes de la pauta de insulina rápida en relación con la ingesta y el ejercicio que habían realizado, que principalmente se han producido en los primeros 3 meses del inicio del tratamiento insulínico, y cuya sintomatología había sido adecuadamente reconocida por los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La educación diabetológica se considera una parte fundamental en los cuidados del paciente con diabetes tipo 2. Gracias a la educación realizada en los pacientes, utilizando un contenido educativo individualizado y adaptado a su capacidad de aprendizaje, se ha mejorado su conocimiento y sus habilidades para poder asumir el control de su enfermedad e integrar el autocontrol de la diabetes en su vida cotidiana, algo que resulta de especial relevancia en el paciente que precisa comenzar con una pauta de insulinización por primera vez. Fomentar la participación del paciente y dedicar tiempo a la adecuada enseñanza del uso del autoanálisis y autoajuste de insulina ha dado lugar a una mejoría significativa del control glucémico, medido de forma objetiva por los niveles de HbA1c como reflejo del control glucémico de los últimos meses, y a la consecución unos niveles de glucemia adecuados y dentro de los objetivos marcados en los pacientes, minimizando además las posibilidades de que se produjeran episodios de hipoglucemia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/17 ===== ***

Nº de registro: 0017

Título
PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0017

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

Autores:

CIPRES CASASNOVAS LUIS, LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

La diabétes méllitus es una enfermedad crónica con posibilidad de desarrollar importantes comorbilidades en dependencia del control metabólico de la misma.
La educación diabetologica es una parte esencial del tratamiento del diabetico y de ella depende, en gran parte, el control metabolico diario del paciente y que implemente adecuadamente los consejos que recibe.
El diabetico tipo 2 en tratamiento con insulina precisa una atención especial para que realice correctamente el tratamiento porque, en muchas ocasiones, se trata de una persona mayor y con resistencia al tratamiento insulinico y al autocontrol que el mismo requiere.

RESULTADOS ESPERADOS

Se trata de dar formación individualizada al diabético tipo 2 que precise insulina.
La formación, que sera individualizada, atendera sobre todo al manejo del autocontrol del tratamiento insulinico y a la prevención de las hipoglucemias.

MÉTODO

Se esta elaborando un material especifico para entregar al paciente diabetico tipo 2 que este en tratamiento con insulina tanto basal como en pauta bolo-basal.
Se trata de un material muy didactico, para que se adapte bien al perfil de paciente, que se le entregara y explicara en la consulta externa de endocrinologia.
Cada tres meses, tambien en la consulta externa de endocrinologia, se realizara una sesión formativa acerca de este material que incluire el repaso del mismo y una evaluación del grado de su cumplimiento asi como de las hipoglucemias que hayan ocurrido. En la misma consulta se realizara el control clinico y analitico del paciente.

INDICADORES

Se monitorizaran, de 1 a 10, tanto el grado de conocimiento del material entregado como su cumplimentación en el día a a día del tratamiento insulinico.
Tambien el número de hipoglucemiuas que hayan ocurrido.
La eficacia del proyecto se objetivara en la mejoria de la HbA1c.

DURACIÓN

Proyecto para todo 2018 o durante más tiempo en dependencia de los resultados del mismo.
Las sesiones presenciales formativas en la consulta externa de endocrinologia tendran una duración de 20 a 30 minutos y en las mismas tambien se evaluara el control metabólico del paciente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0205

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL PACIENTE CON OBESIDAD DERIVADO A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE LUIS CIPRES CASASNOVAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo principal del proyecto era dar formación individualizada al paciente con obesidad derivado a la consulta externa de endocrinología para perder peso, mediante una adecuada educación alimentaria y de hábitos de vida, para así lograr los resultados deseados de pérdida de peso, el mantenimiento de unos hábitos de vida saludables y la mejoría de las comorbilidades asociadas a la obesidad, además de que la eficacia de la pérdida de peso se mantuviera a medio-largo plazo.

Tal y como se planificó inicialmente, se han realizado tres visitas para evaluar a nuestros pacientes y los resultados de nuestra intervención: una visita inicial (a los 0 meses), otra a los 3 meses y otra a los 6 meses. En la visita inicial se recogieron las siguientes variables: sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo y estado civil); los estilos de vida (consumo de alcohol y tabaco, hábitos alimentarios, práctica de actividad física); variables antropométricas (peso, talla, IMC en kg/m², perímetro abdominal), bioquímicas (glucemia, perfil lipídico, hormonas tiroideas, perfil nutricional) y dietéticas, así como la medición de la tensión arterial. Además, se valoró la presencia inicial de comorbilidades asociadas a la obesidad y factores de riesgo cardiovascular (presencia de DM tipo 2 y prediabetes, síndrome de apnea obstructiva del sueño, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, artropatía degenerativa, dislipemia, esteatosis hepática). También se realizó una historia dietética, recogiendo los datos de todos los alimentos y bebidas consumidas por los participantes mediante historia dietética y registro alimentario de 3 días. También se registró la satisfacción del paciente con su calidad de vida y su bienestar físico y mental en relación al exceso de peso. En base a las características basales de cada paciente y el cálculo de sus necesidades energéticas, se indicaron unas pautas de alimentación y unas recomendaciones de hábitos de vida y de ejercicio físico adaptadas según las capacidades iniciales.

En las visitas realizadas a los 3 y 6 meses se monitorizó la evolución de las variables antropométricas (peso, talla, índice de masa corporal, perímetro abdominal), el cumplimiento de las pautas recomendadas nutricionales y de actividad física, los niveles de tensión arterial, los resultados analíticos y el estado de las comorbilidades asociadas a la obesidad y los factores de riesgo cardiovascular asociados, objetivando si se había producido mejoría clínica, analítica y de la satisfacción y calidad de vida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La población diana eran todos los pacientes con edad >18 años e índice de masa corporal >30 kg/m² derivados a la consulta externa de Endocrinología y Nutrición por el motivo de consulta "obesidad", quedando excluidos pacientes que estuvieran previamente diagnosticados de diabetes.

Se ha llevado a cabo la inclusión de un total de 148 pacientes, durante el período de reclutamiento del 1 de enero de 2019 al 30 de junio, para que a fecha de 31 de diciembre de 2019 todos hubieran realizado las visitas de seguimiento a los 3 y 6 meses.

De esos 148 pacientes, 89 (el 60,1%) eran mujeres. La edad media global fue de 52,4 años (+/-3,6 años), con dos picos de edad de mayor frecuencia (20-30 años y 50-60 años).

De los factores de riesgo cardiovascular y las comorbilidades estudiadas, lo más frecuente fue la presencia de esteatosis hepática (enzimas hepáticas elevadas en el 68,3% de los pacientes), prediabetes (glucemia basal alterada en el 30,2%, de los que el 87% tenían antecedentes familiares de DM en familiares de primer grado), hipertensión arterial (en el 72% de los pacientes mayores de 50 años) y dislipemia (hipercolesterolemia y/o hipertrigliceridemia presente en el 79% de los pacientes).

La pérdida media de peso fue de 5,6 kilogramos (+/-1,8 kg) a los 6 meses, lográndose mayores pérdidas de peso en pacientes más jóvenes y con mayor índice de masa corporal de base (la máxima pérdida de peso alcanzada por un paciente fue de 42,8 kg, sin tratamiento farmacológico ni quirúrgico coadyuvantes). La media de pérdida de peso en pacientes con edad < 40 años fue de 10,3 kg (+/-3,4 kg). La tasa de éxito terapéutico con pérdidas > 5% del peso inicial fue del 81,3%, muy por encima de lo que está descrito en los estudios realizados en pacientes con obesidad, en los que la tasa de éxito terapéutico suele estar en torno al 20-30%, e incluso menor en períodos superiores al año de seguimiento.

Además, también se objetivó una mejoría de las comorbilidades, destacando la reversión del estado de prediabetes en el 78,7% de los pacientes que la tenían y que lograron bajar de peso, de la elevación de enzimas hepáticas (que descendió en el 69,4% de los pacientes), y de la dislipemia (mejoría en el 86,9% de los casos).

Y por otro lado, los pacientes (el 90,2% de los que perdieron peso) mejoraron su percepción de calidad de vida y su satisfacción personal, más cuanto mayor había sido la cantidad de peso perdido.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0205

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL PACIENTE CON OBESIDAD DERIVADO A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al lograr la pérdida de peso, se pretende conseguir de forma secundaria una disminución de los factores de riesgo cardiovascular y una mejoría de las comorbilidades asociadas a dicha obesidad, inducir una mejoría psicossomática con mayor sensación de bienestar, y aumentar la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes. Hemos comprobado que llevar a cabo un programa de formación personalizada e individualizada de los pacientes adultos con obesidad favorece una mayor adherencia y una mayor tasa de cumplimiento terapéutico, mayor pérdida de peso y una mejoría importante de las comorbilidades y de los factores de riesgo cardiovascular asociados al exceso de peso, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la esteatosis hepática o la dislipemia, a corto-medio plazo. Las pérdidas de peso más significativas se han obtenido en pacientes menores de 40 años, lo que insta a implantar estrategias de pérdida de peso y su mantenimiento de forma precoz. El tratamiento de la obesidad debe enfocarse de manera integral con diferentes estrategias (dieta, ejercicio, modificación de estilos de vida, tratamiento farmacológico, cirugía), pero la dieta constituye un pilar fundamental, sin el cual el resultado del tratamiento está prácticamente condenado al fracaso. Si al paciente no se le realiza una adecuada intervención nutricional personalizada, motivándole e insistiendo en la necesidad de modificar sus hábitos y su estilo de vida, el paciente no solo no va bajar de peso sino que va a continuar aumentándolo, con todas las complicaciones clínicas que eso supone. El éxito de los resultados obtenidos con este programa nos insta a que sigamos trabajando en la misma línea.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/205 ===== ***

Nº de registro: 0205

Título
PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL PACIENTE CON OBESIDAD DERIVADO A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

Autores:
CIPRES CASASNOVAS LUIS, LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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 .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- La obesidad es una enfermedad crónica resultante de la interacción de factores genéticos, metabólicos, conductuales y culturales que está alcanzando proporciones de epidemia mundial.
- El exceso de peso se asocia al desarrollo de otras enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, algunos tipos de cáncer, e incluso trastornos psicológicos.
- El tratamiento de la obesidad debe enfocarse de manera integral con diferentes estrategias (dieta, ejercicio, modificación de estilos de vida, tratamiento farmacológico, cirugía), pero la dieta constituye un pilar fundamental, sin el cual el resultado del tratamiento está prácticamente condenado al fracaso.
- Si al paciente no se le realiza una adecuada intervención nutricional personalizada, motivándole e insistiendo en la necesidad de modificar sus hábitos y su estilo de vida, el paciente no solo no va bajar de peso sino que va a continuar aumentándolo, con todas las complicaciones clínicas que eso supone.

RESULTADOS ESPERADOS

- El objetivo principal del proyecto es dar formación individualizada al paciente con obesidad derivado a la consulta externa de Endocrinología para perder peso, mediante una adecuada educación alimentaria y de hábitos de vida, para así lograr los resultados deseados de pérdida de peso y el mantenimiento de unos hábitos de vida saludables, manteniendo la eficacia a medio-largo plazo.
- Al lograr la pérdida de peso, se pretende conseguir de forma secundaria una disminución de los factores de riesgo cardiovascular y una mejoría de las comorbilidades asociadas a dicha obesidad, inducir una mejoría psicossomática con mayor sensación de bienestar, y aumentar la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0205

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL PACIENTE CON OBESIDAD DERIVADO A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

- Población diana: todos los pacientes con edad > 18 años e índice de masa corporal > 30 kg/m2 derivados a la consulta Externa de Endocrinología por obesidad.

MÉTODO

Al inicio se recogerán las siguientes variables: sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo y estado civil); estilos de vida (consumo de alcohol, hábitos alimentarios, práctica de actividad física); variables antropométricas (peso, talla, IMC en kg/m2, perímetro abdominal), bioquímicas (glucemia, perfil lipídico, hormonas tiroideas, perfil nutricional) y dietéticas, así como control de la tensión arterial. Además, se valorará la presencia inicial de comorbilidades asociadas a la obesidad y factores de riesgo cardiovascular asociados (presencia de DM tipo 2, síndrome de apnea del sueño, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, artropatía degenerativa, dislipemia, esteatosis hepática). En la visita inicial se realizará una historia dietética, recogiendo los datos de todos los alimentos y bebidas consumidas por los participantes mediante historia dietética y registro alimentario de 3 días. En base a las características basales de cada paciente y su cálculo de sus necesidades energéticas, se indicarán unas pautas de alimentación y unas recomendaciones de hábitos de vida y de ejercicio físico adaptadas según las capacidades iniciales.

INDICADORES

En las visitas realizadas cada a los 3 y 6 meses se monitorizará la evolución de las variables antropométricas (peso, talla, índice de masa corporal, perímetro abdominal), el cumplimiento de las pautas recomendadas nutricionales y de actividad física, los niveles de tensión arterial, los resultados analíticos y el estado de las comorbilidades asociadas a la obesidad y los factores de riesgo cardiovascular asociados, objetivando si se ha producido mejora clínica y analítica.

DURACIÓN

Proyecto para todo el año 2019 o durante más tiempo en dependencia de los resultados del mismo. Las sesiones formativas en la consulta externa de endocrinología tendrán una duración de 20 a 30 minutos. A partir de ese momento se irá reclutando a los pacientes con obesidad que sean derivados a la consulta de Endocrinología, realizando la visita inicial y los posteriores controles a los 3 y 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 - 2016/0011

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN ELECTRÓNICA DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ALEJANDRO GONZALEZ ALVAREZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER PEREZ ANA ISABEL
HERRERO VICENT CARMEN
CARRASCO GOMARIZ MANUEL
AGUSTIN MORENO MARIA TERESA
RILOVA FERNANDEZ ISABEL
RODILLA CALVELO FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la presentación del proyecto de calidad se han realizado las siguientes actividades:
Redacción del dossier técnico sobre los requisitos a cumplir por el programa informático para la prescripción electrónica. Se constituyó una comisión técnica y un responsable técnico para la dirección y seguimiento de estos aspectos.

Publicación en el Boletín Oficial de Aragón del correspondiente procedimiento abierto según el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, para la selección del licitador que mejor se adaptara a los requisitos establecidos por la comisión técnica.

Adjudicación del procedimiento a través del Servicio de Compras, Suministros y Contratación del Sector de Teruel e inicio de los trámites con Servicios Centrales del Servicio Aragonés de Salud para la instalación del hardware necesario (servidores informáticos y usuarios).

Tras la conclusión de la instalación, se remitió por la empresa seleccionada, la planificación correspondiente a la formación del personal para el aplicativo y el arranque para su revisión y confirmación.

Una vez se complete dicha instalación las actividades a realizar son las siguientes:

- Prescripción informatizada y asistida por los facultativos del área de Oncología atendiendo a protocolos consensuados con el equipo multidisciplinar en función del diagnóstico, indicación, etc.
- Gestión eficiente y planificación de la actividad de hospital de día a través de una agenda de programación de pacientes.
- Confirmación de la prescripción una vez verificado el estado clínico y analítico del paciente.
- Validación farmacéutica de la prescripción médica.
- Elaboración de antineoplásicos centralizada y asistida por el programa informático en cuanto al cálculo de volúmenes a utilizar y al etiquetado de las preparaciones.
- Sistema de reutilización de viales multidosis y mezclas, así como la gestión de las preparaciones devueltas y no administradas para su posterior reutilización o desecho.
- Incorporación de un sistema de códigos de barras que garantice de forma inequívoca la dispensación, identificación y administración de preparados al paciente correcto.
- Administración segura: paciente correcto, medicación correcta, tiempo correcto, dosis correcta y vía de administración correcta.
- Explotación informática de datos diagnósticos y de tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera fase del proyecto (establecimientos de los criterios de selección de licitadores, constitución de la Comisión Técnica del Sector, adjudicación del procedimiento abierto y hardware necesario) ha permitido en definitiva la puesta en marcha del proyecto y la formación técnica del personal para el uso del aplicativo.

En la fase 2, desarrollo e implementación del aplicativo en los Servicios de Farmacia y Oncología, se espera conseguir una mejor gestión a todos los niveles:

a) A nivel clínico: seguridad del paciente. Minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias.

Alto grado de protocolización de esquemas antineoplásicos.

b) A nivel de eficiencia: optimización de los recursos humanos y de gestión de compras y stocks.

c) A nivel de explotación de datos farmacoterapéuticos y económicos.

Para evaluar el impacto del proyecto se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- % de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados con quimioterapia en el Hospital desde el comienzo del proyecto.

- Indicador de eficiencia: nº de tratamientos desechados/número de tratamientos planificados.

- Número de roturas de stock.

En la fase 3, se pretende hacer extensible el uso del aplicativo a todo el hospital (Servicios de Hematología, Digestivo, Neurología, Medicina Interna, Nefrología, etc...).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gestión de hospital de día oncológico es un proceso complejo y requiere un exigente control de los procesos para garantizar la seguridad del paciente. Por otra parte, la alta complejidad del proceso de prescripción de esquemas antineoplásicos puede predisponer a errores de medicación, críticos por la alta toxicidad intrínseca de los citostáticos, y especialmente en procesos manuales de prescripción, como se ha detectado en distintas revisiones.

Además, con la prescripción electrónica asistida en el ámbito de la oncología se facilitan aspectos de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0011

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN ELECTRÓNICA DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

especial complejidad como son, entre otros, el cálculo individualizado de la dosis en base a parámetros antropométricos, la utilización de protocolos, los cuales permiten una prescripción simultánea de distintos fármacos por distintas vías, duraciones, días y en forma de ciclos con una periodicidad determinada. Por estos motivos expuestos anteriormente con el objetivo principal de garantizar la seguridad del paciente en este ámbito y la gestión eficiente del proceso farmacoterapéutico, se aconseja implementar el sistema de prescripción electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/11 ===== ***

Nº de registro: 0011

Título
SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN ELECTRÓNICA DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

Autores:
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO, FERRER PEREZ ANA ISABEL, HERRERO VICENT CARMEN, GARCIA AGUDO SARA, AGUSTIN MORENO MARIA TERESA, RILOVA FERNANDEZ ISABEL, RODILLA CALVELO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La gestión del hospital de día oncológico es muy compleja y requiere en la práctica clínica un exigente control de los procesos para garantizar la seguridad del paciente. Evitar los errores de medicación en quimioterapia es una máxima para cualquier institución, ya que éstos pueden ocasionar graves consecuencias para los pacientes. La terapia antineoplásica es una de las terapéuticas más complejas que existen en la actualidad, por cuanto se manejan (fármacos de estrecho índice terapéutico, esquemas complejos, distintos criterios de dosificación, etc...).

Las tecnologías de la información y comunicación (TIC's) son la mejor herramienta para facilitar, simplificar y automatizar los distintos subprocesos de la prescripción, confirmación, validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración y seguimiento en el paciente, permitiendo incrementar la seguridad y eficiencia de los tratamientos oncológicos, reduciendo los errores y por tanto la morbilidad y mortalidad. La prescripción automatizada e informatizada, además de aportar información farmacoterapéutica y farmacoeconómica de los procesos atendidos, facilita la realización de estudios de imputación de costes por paciente, perfiles de utilización de fármacos quimioterápicos, adecuación de tratamientos a protocolos específicos, etc. Actualmente en el centro se carece de un sistema de prescripción electrónico y se gestionan los diferentes procesos de forma manual, por lo que todos estos factores anteriormente expuestos aconsejan implementar un sistema que proporcione argumentos de seguridad en el entorno de una farmacoterapia tan compleja.

RESULTADOS ESPERADOS

Una mejor gestión tanto en todas sus vertientes:

- Clinica: minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias y alto grado de protocolización de esquemas antineoplásicos.
- Eficiencia: Optimización de los recursos humanos y otros recursos (gestión de compras y de stocks).
- Explotación de datos farmacoterapéuticos y farmacoeconómicos.

MÉTODO

- Prescripción Informatizada y asistida por parte de los facultativos del Área de Oncología atendiendo a protocolos antineoplásicos estandarizados y consensuados por el equipo interdisciplinar, atendiendo al diagnóstico, indicación, etc.
- Programación eficiente los ciclos correspondientes al plan terapéutico así como las cargas de trabajo del Hospital de Día.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0011

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN ELECTRÓNICA DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

- Confirmación online de la prescripción, tras verificación de la situación del paciente por consulta de la analítica del paciente.
- Validación Farmacéutica automatizada atendiendo a unos criterios predefinidos que alerten al farmacéutico y faciliten las actuaciones de dicho profesional.
- Preparación Centralizada de Terapia IV, obtención de documentos que faciliten la preparación de la terapia antineoplásica por efectuar los cálculos de volúmenes a adicionar y faciliten la identificación de los preparados obtenidos.
- Sistema de Reutilización de Viales Multidosis y Mezclas, para facilitar la eficiencia en la preparación por recuperación de restos de los viales multidosis, así como la gestión de las mezclas devueltas y no administradas para la posterior reutilización o desecho. Adicionalmente se pueden gestionar los consumos efectuados.
- Dispensación con identificación, incorporación de un sistema código de barras que facilite la identificación y dispensación de forma inequívoca de los preparados elaborados.
- Administración segura y que satisfaga las llamadas "Five Rights", paciente correcto, medicación correcta, tiempo correcto, dosis correcta y vía correcta.
- Fácil acceso y manejo de datos estadísticos sobre diagnósticos y tratamientos.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados con quimioterapia oncológica en el Hospital desde el comienzo del proyecto.
- Indicador de eficiencia: N° de tratamiento desechados/N° tratamientos planificados.
- N° roturas de stock.

En todos los casos los indicadores se obtienen directamente del módulo de estadísticas de del programa informático.

DURACIÓN

- Primera fase: octubre-noviembre de 2016. Cálculo del impacto presupuestario de la adquisición e implantación del programa informático. Valoración de alternativas y toma de decisión por el equipo multidisciplinar.
- Segunda fase: diciembre-marzo de 2016. Normalización de los esquemas de quimioterapia y puesta en marcha del aplicativo en el Servicio de Oncología, Hospital de día y Servicio de Farmacia.
- Tercera fase: abril-mayo de 2016. Inicio y validación del funcionamiento del programa. Obtención de indicadores para el seguimiento del proceso

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 - 2018/1414

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ALEJANDRO GONZALEZ ALVAREZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO PARDO IRENE
RODILLA CALVELO FRANCISCO
HERNANDO QUINTANA NATALIA
ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la presentación del proyecto de calidad se han realizado las siguientes actividades:

Acuerdo en el proceso de unificación de centros de adquisición de medicamentos en el Sector de Teruel necesario para la adecuada gestión y para la optimización de la prescripción electrónica, permitiendo la unificación de bases de datos del aplicativo Farmatools @Dominion t.i. en todos los centros de coste.

Formación inicial en el manejo básico de la prescripción electrónica asistida intrahospitalaria al personal prescriptor y de enfermería (código del curso TES-0754/2018, "Formación básica para el manejo de la prescripción electrónica, noviembre 2018).

Acuerdo en la implantación de la versión web del programa de prescripción electrónica asistida.

Las ventajas inherentes a la implantación de dicho proyecto son múltiples y afectan a cambios estructurales a distintos niveles/capas de trabajo

Por un lado, la unificación de centros y bases de datos repercutirá en una reestructuración tanto física como técnica de los recursos materiales y humanos de los servicios de farmacia del Sector Sanitario de Teruel.

• Por parte del personal de Farmacia del Sector, se mejora, simplifica y distribuye de manera más eficiente la organización y cargas de trabajo de los Servicios de Farmacia de los Centros Sanitarios. También se homogeneiza la gestión farmacéutica y reestructura la forma de trabajo.

• Por parte del Servicio de Informática las mejoras también son notables; reducción de equipos Servidores/Licencias y reducción de costes y mantenimientos

Por otro lado, dicha implantación mejorará la prescripción, validación y trazabilidad en la dispensación farmacéutica de todos los centros sanitarios una vez consensuados y parametrizados los diferentes Servicios Sanitarios.

Otras ventajas referentes a la integración del sistema son la unificación de almacenes y sistema de gestión de compras, distribución de recursos humanos, homogeneidad de criterios y formas de trabajo, y una rápida implantación de nuevos módulos o aplicaciones.

Una vez se complete la instalación y a la espera de refuerzo en la plantilla de facultativos especialistas en farmacia hospitalaria, las actividades a realizar son las siguientes:

- Unificación de la base de datos de medicamentos del Sector Teruel (dedicación exclusiva de un FEA de farmacia hospitalaria 3 meses).

- Revisión de las fichas de medicamentos y definición de pauta posológica habitual, condiciones de administración, alertas farmacéuticas (dosis máximas, interacción, datos clínicos, etc.) y protocolos de prescripción.

- Prescripción informatizada y asistida por los facultativos del Servicio de Digestivo, Cirugía, Traumatología y Neurología atendiendo a protocolos consensuados en función del diagnóstico y manejo clínico.

- Validación farmacéutica de la prescripción médica.

- Registro informatizado de la administración de medicamentos por enfermería.

- Explotación informática de datos diagnósticos y de tratamiento para la optimización de resultados (Uso racional de antibióticos en el centro; criterios establecidos por el grupo IRAS-PROA de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y potenciación del uso de biosimilares como línea estratégica del Departamento de Sanidad).

- Hacer extensible la implantación de la prescripción electrónica en el resto de Servicios clínicos del hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera fase del proyecto (establecimiento de los criterios de unificación y gestión de adquisición de medicamentos, acuerdo en la implantación del programa) ha permitido en definitiva la puesta en marcha del proyecto y la formación del personal para el uso del aplicativo.

En la segunda fase, desarrollo e implementación del aplicativo en los Servicios de Digestivo, Cirugía, Traumatología y Neurología, se espera conseguir una mejor gestión a todos los niveles:

a) A nivel clínico: seguridad del paciente. Minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias.

Protocolización de esquemas de tratamiento.

b) A nivel de eficiencia: optimización de la gestión de compras y stocks.

c) A nivel de explotación de datos farmacoterapéuticos y económicos.

Para evaluar el impacto del proyecto se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- % de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados.

- % de servicios clínicos con prescripción electrónica respecto al total.

- % Unidades fármaco biosimilar según indicación / fármaco original.

- DDD/ 100 Estancias grupo terapéutico J01 antibióticos (indicador grupo PROA).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1414

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

- DDD/100 Estancias subgrupo terapéutico antibióticos (indicador grupo PROA).
- DDD/100 Estancias principio activo (indicador grupo PROA).

En la tercera fase, se pretende hacer extensible el uso del aplicativo a todo el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creciente complejidad en el proceso de utilización de medicamentos puede predisponer a errores de medicación que ocasionen efectos no deseados. Mediante la implantación de sistemas de ayuda a la prescripción se consigue disminuir los errores en procesos manuales de prescripción dado que permite una completa legibilidad de la orden de tratamiento y facilita el trabajo del personal de enfermería para garantizar la seguridad del paciente. Además, con la prescripción electrónica asistida en el ámbito intrahospitalario se logra optimizar los recursos del circuito prescripción-dispensación-administración permitiendo una mejora de la calidad del proceso mediante el uso de protocolos de prescripción, alertas farmacéuticas y condiciones de administración predefinidas. Por estos motivos expuestos anteriormente con el objetivo principal de garantizar la seguridad del paciente en este ámbito y la gestión eficiente del proceso farmacoterapéutico, se aconseja implementar el sistema de prescripción electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1414 ===== ***

Nº de registro: 1414

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores:
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO, NAVARRO PARDO IRENE, RODILLA CALVELO FRANCISCO, HERNANDO QUINTANA NATALIA, AGUNSTIN MORENO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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 preocupación por la seguridad del paciente es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios. En el proceso farmacoterapéutico, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos pueden producirse fallos que ocasionan efectos no deseados. Esto es especialmente frecuente en pacientes polimedicados y con múltiples enfermedades, habituales en los servicios de especialidades médicas. Analizar e identificar las causas que desencadenan los errores médicos resulta fundamental para prevenir su aparición. En este contexto, los sistemas de prescripción electrónica asistida aparecen como una herramienta atractiva para garantizar la seguridad.

En nuestro país, el Ministerio de Sanidad y Política Social ha situado la seguridad del paciente como uno de los elementos centrales del ámbito sanitario y, a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio, se han establecido como objetivos la identificación y la priorización de los problemas relacionados con la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

La implantación de la prescripción electrónica en los servicios de nuestro Hospital, supondrá la optimización de los recursos empleados en el circuito prescripción-dispensación-administración, consiguiéndose una mejora de la calidad en el proceso debido principalmente a una completa legibilidad de la orden de tratamiento que facilita el trabajo del personal de enfermería y disminuye los posibles errores de administración derivados de este hecho y errores de cálculo de dosis. De esta forma se disminuyen los posibles errores de medicación derivados de la prescripción, interpretación de la OT y dispensación, como reflejan los resultados del control de calidad realizados en algunos estudios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1414

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

MÉTODO

Dentro de estas nuevas tecnologías aplicadas al ámbito sanitario se encuadra el sistema de prescripción electrónica asistida (PEA). Este sistema ha demostrado ser una de las principales herramientas para garantizar la seguridad en uno de los procesos fundamentales de la utilización de medicamentos, como es el caso de la prescripción. Se estima que la PEA puede evitar hasta en un 65% los errores de medicación. La incorporación de las aplicaciones informáticas para la prescripción proporciona potenciales ventajas, como las siguientes:

- Informan de manera rápida datos relevantes sobre los medicamentos mediante soportes de ayuda (pauta habitual, condiciones de administración, alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del tratamiento, interacciones, ajustes de dosis, prescripción protocolizada, etc.).
- Facilitan la comunicación entre profesionales sanitarios.
- Permiten enlaces con otros programas que mejoran el conocimiento del paciente y su estado clínico, y que pueden influir en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Logran mantener la confidencialidad sobre los datos del paciente.
- Pueden alertar sobre la necesidad de alguna modificación en la prescripción.
- Aportan información inmediata sobre los costes de tratamiento.
- Fuerzan al prescriptor a elegir entre distintas opciones en campos como la dosis o la vía de administración, y aportan información sobre las pautas habituales de los medicamentos. Esta característica de los programas de prescripción electrónica es la que ha contribuido a reducir en mayor proporción el número de errores de prescripción.

Se ha comprobado que la mayoría de los errores de prescripción clínicamente relevantes se concentran en 3 grupos de medicamentos: antiinfecciosos, agentes cardiovasculares y analgésicos opiáceos. Los tratamientos son cada vez más complejos, cada vez se prescriben más medicamentos y se ha incrementado notablemente la edad de los pacientes hospitalizados.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados en el hospital. Este porcentaje irá aumentando progresivamente a medida que se vaya implantando en los servicios.

DURACIÓN

- Primera fase: julio-octubre de 2018. Revisión de todas las fichas de medicamentos del programa para establecer pauta habitual, condiciones de administración, alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del tratamiento, interacciones, ajustes de dosis.
- Segunda fase: noviembre-marzo de 2018-2019. Elaboración del Procedimiento Normalizado de Trabajo a seguir y reuniones con los facultativos de los servicios. Creación de protocolos farmacoterapéuticos, en los cuales se fija la pauta recomendada, inicio y duración del tratamiento, para facilitar la inserción de los fármacos en el momento de la prescripción de determinadas patologías.
- Tercera fase: abril-mayo de 2019. Inicio e implantación del programa en la unidad de hospitalización de Neurología y "retirada" final del impreso escrito de la orden de tratamiento. Implantación progresiva en el resto de los servicios del hospital.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1414

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ALEJANDRO GONZALEZ ALVAREZ

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO PARDO IRENE
RODILLA CALVELO FRANCISCO
HERNANDO QUINTANA NATALIA
ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la presentación del proyecto de calidad se han realizado las siguientes actividades:

Acuerdo en el proceso de unificación de centros de adquisición de medicamentos en el Sector de Teruel necesario para la adecuada gestión y para la optimización de la prescripción electrónica, permitiendo la unificación de bases de datos del aplicativo Farmatools @Dominion t.i. en todos los centros de coste.

Formación inicial en el manejo básico de la prescripción electrónica asistida intrahospitalaria al personal prescriptor y de enfermería (código del curso TES-0754/2018, "Formación básica para el manejo de la prescripción electrónica, noviembre 2018).

Acuerdo en la implantación de la versión web del programa de prescripción electrónica asistida.

Las ventajas inherentes a la implantación de dicho proyecto son múltiples y afectan a cambios estructurales a distintos niveles/capas de trabajo

Por un lado, la unificación de centros y bases de datos repercutiría en una reestructuración tanto física como técnica de los recursos materiales y humanos de los servicios de farmacia del Sector Sanitario de Teruel.

- Por parte del personal de Farmacia del Sector, se mejora, simplifica y distribuye de manera más eficiente la organización y cargas de trabajo de los Servicios de Farmacia de los Centros Sanitarios. También se homogeneiza la gestión farmacéutica y reestructura la forma de trabajo.

- Por parte del Servicio de Informática las mejoras también son notables; reducción de equipos Servidores/Licencias y reducción de costes y mantenimientos

Por otro lado, dicha implantación mejorará la prescripción, validación y trazabilidad en la dispensación farmacéutica de todos los centros sanitarios una vez consensuados y parametrizados los diferentes Servicios Sanitarios.

Otras ventajas referentes a la integración del sistema son la unificación de almacenes y sistema de gestión de compras, distribución de recursos humanos, homogeneidad de criterios y formas de trabajo, y una rápida implantación de nuevos módulos o aplicaciones.

Una vez se complete la instalación y a la espera de refuerzo en la plantilla de facultativos especialistas en farmacia hospitalaria, las actividades a realizar son las siguientes:

- Unificación de la base de datos de medicamentos del Sector Teruel (dedicación exclusiva de un FEA de farmacia hospitalaria 3 meses).
- Revisión de las fichas de medicamentos y definición de pauta posológica habitual, condiciones de administración, alertas farmacéuticas (dosis máximas, interacción, datos clínicos, etc.) y protocolos de prescripción.
- Prescripción informatizada y asistida por los facultativos del Servicio de Digestivo, Cirugía, Traumatología y Neurología atendiendo a protocolos consensuados en función del diagnóstico y manejo clínico.
- Validación farmacéutica de la prescripción médica.
- Registro informatizado de la administración de medicamentos por enfermería.
- Explotación informática de datos diagnósticos y de tratamiento para la optimización de resultados (Uso racional de antibióticos en el centro; criterios establecidos por el grupo IRAS-PROA de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y potenciación del uso de biosimilares como línea estratégica del Departamento de Sanidad).
- Hacer extensible la implantación de la prescripción electrónica en el resto de Servicios clínicos del hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera fase del proyecto (establecimiento de los criterios de unificación y gestión de adquisición de medicamentos, acuerdo en la implantación del programa) ha permitido en definitiva la puesta en marcha del proyecto y la formación del personal para el uso del aplicativo.

En la segunda fase, desarrollo e implementación del aplicativo en los Servicios de Digestivo, Cirugía, Traumatología y Neurología, se espera conseguir una mejor gestión a todos los niveles:

a) A nivel clínico: seguridad del paciente. Minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias.

Protocolización de esquemas de tratamiento.

b) A nivel de eficiencia: optimización de la gestión de compras y stocks.

c) A nivel de explotación de datos farmacoterapéuticos y económicos.

Para evaluar el impacto del proyecto se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- % de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados.
- % de servicios clínicos con prescripción electrónica respecto al total.
- % Unidades fármaco biosimilar según indicación / fármaco original.
- DDD/ 100 Estancias grupo terapéutico J01 antibióticos (indicador grupo PROA).
- DDD/100 Estancias subgrupo terapéutico antibióticos (indicador grupo PROA).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1414

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

- DDD/100 Estancias principio activo (indicador grupo PROA).
En la tercera fase, se pretende hacer extensible el uso del aplicativo a todo el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creciente complejidad en el proceso de utilización de medicamentos puede predisponer a errores de medicación que ocasionen efectos no deseados. Mediante la implantación de sistemas de ayuda a la prescripción se consigue disminuir los errores en procesos manuales de prescripción dado que permite una completa legibilidad de la orden de tratamiento y facilita el trabajo del personal de enfermería para garantizar la seguridad del paciente. Además, con la prescripción electrónica asistida en el ámbito intrahospitalario se logra optimizar los recursos del circuito prescripción-dispensación-administración permitiendo una mejora de la calidad del proceso mediante el uso de protocolos de prescripción, alertas farmacéuticas y condiciones de administración predefinidas. Por estos motivos expuestos anteriormente con el objetivo principal de garantizar la seguridad del paciente en este ámbito y la gestión eficiente del proceso farmacoterapéutico, se aconseja implementar el sistema de prescripción electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1414 ===== ***

Nº de registro: 1414

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores:
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO, NAVARRO PARDO IRENE, RODILLA CALVELO FRANCISCO, HERNANDO QUINTANA NATALIA, AGUNSTIN MORENO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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 preocupación por la seguridad del paciente es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios. En el proceso farmacoterapéutico, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos pueden producirse fallos que ocasionan efectos no deseados. Esto es especialmente frecuente en pacientes polimedicados y con múltiples enfermedades, habituales en los servicios de especialidades médicas. Analizar e identificar las causas que desencadenan los errores médicos resulta fundamental para prevenir su aparición. En este contexto, los sistemas de prescripción electrónica asistida aparecen como una herramienta atractiva para garantizar la seguridad.

En nuestro país, el Ministerio de Sanidad y Política Social ha situado la seguridad del paciente como uno de los elementos centrales del ámbito sanitario y, a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio, se han establecido como objetivos la identificación y la priorización de los problemas relacionados con la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

La implantación de la prescripción electrónica en los servicios de nuestro Hospital, supondrá la optimización de los recursos empleados en el circuito prescripción-dispensación-administración, consiguiéndose una mejora de la calidad en el proceso debido principalmente a una completa legibilidad de la orden de tratamiento que facilita el trabajo del personal de enfermería y disminuye los posibles errores de administración derivados de este hecho y errores de cálculo de dosis. De esta forma se disminuyen los posibles errores de medicación derivados de la prescripción, interpretación de la OT y dispensación, como reflejan los resultados del control de calidad realizados en algunos estudios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1414

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

MÉTODO

Dentro de estas nuevas tecnologías aplicadas al ámbito sanitario se encuadra el sistema de prescripción electrónica asistida (PEA). Este sistema ha demostrado ser una de las principales herramientas para garantizar la seguridad en uno de los procesos fundamentales de la utilización de medicamentos, como es el caso de la prescripción. Se estima que la PEA puede evitar hasta en un 65% los errores de medicación. La incorporación de las aplicaciones informáticas para la prescripción proporciona potenciales ventajas, como las siguientes:

- Informan de manera rápida datos relevantes sobre los medicamentos mediante soportes de ayuda (pauta habitual, condiciones de administración, alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del tratamiento, interacciones, ajustes de dosis, prescripción protocolizada, etc.).
- Facilitan la comunicación entre profesionales sanitarios.
- Permiten enlaces con otros programas que mejoran el conocimiento del paciente y su estado clínico, y que pueden influir en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Logran mantener la confidencialidad sobre los datos del paciente.
- Pueden alertar sobre la necesidad de alguna modificación en la prescripción.
- Aportan información inmediata sobre los costes de tratamiento.
- Fuerzan al prescriptor a elegir entre distintas opciones en campos como la dosis o la vía de administración, y aportan información sobre las pautas habituales de los medicamentos. Esta característica de los programas de prescripción electrónica es la que ha contribuido a reducir en mayor proporción el número de errores de prescripción.

Se ha comprobado que la mayoría de los errores de prescripción clínicamente relevantes se concentran en 3 grupos de medicamentos: antiinfecciosos, agentes cardiovasculares y analgésicos opiáceos. Los tratamientos son cada vez más complejos, cada vez se prescriben más medicamentos y se ha incrementado notablemente la edad de los pacientes hospitalizados.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados en el hospital. Este porcentaje irá aumentado progresivamente a medida que se vaya implantando en los servicios.

DURACIÓN

a) Primera fase: julio-octubre de 2018. Revisión de todas las fichas de medicamentos del programa para establecer pauta habitual, condiciones de administración, alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del tratamiento, interacciones, ajustes de dosis.

b) Segunda fase: noviembre-marzo de 2018-2019. Elaboración del Procedimiento Normalizado de Trabajo a seguir y reuniones con los facultativos de los servicios. Creación de protocolos farmacoterapéuticos, en los cuales se fija la pauta recomendada, inicio y duración del tratamiento, para facilitar la inserción de los fármacos en el momento de la prescripción de determinadas patologías.

c) Tercera fase: abril-mayo de 2019. Inicio e implantación del programa en la unidad de hospitalización de Neurología y "retirada" final del impreso escrito de la orden de tratamiento. Implantación progresiva en el resto de los servicios del hospital.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0011

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA INTRAHOSPITALARIA PARA EL USO SEGURO, EFECTIVO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE ALEJANDRO GONZALEZ ALVAREZ
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO PARDO IRENE
AIBAR ABAD MARIA PILAR
ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE
ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la presentación del proyecto de calidad se han realizado las siguientes actividades:

- Acuerdo en el proceso de unificación de centros de adquisición de medicamentos en el Sector de Teruel necesario para la adecuada gestión y para la optimización de la prescripción electrónica, permitiendo la unificación de bases de datos del aplicativo Farmatools @Dominion t.i. en todos los centros de coste.
- Unificación de las bases de datos con el Servicio de Farmacia de Atención Primaria y la unificación física de almacenes. Se concretaron los flujos de personal y de trabajo de cara a la preparación y dispensación de la medicación solicitada por los distintos centros de salud del sector. La informatización de todo el proceso ha permitido la realización de las solicitudes de medicación por los centros de salud del sector de forma electrónica, llegando al Servicio de Farmacia del Hospital Obispo Polanco para su preparación y dispensación.
- Formación inicial en el manejo básico de la prescripción electrónica asistida intrahospitalaria al personal prescriptor y de enfermería.

- Acuerdo en la implantación de la versión web del programa de prescripción electrónica asistida.
- Depuración de la base de datos de principios activos y recodificación del código identificativo de las especialidades incluidas en la Guía Farmacoterapéutica, aumentándose la seguridad en el acto de la prescripción al permitir que la misma se realice por principio activo, así como facilitando la gestión de las compras de las diferentes referencias al reducirse el número de fichas diferentes.

Las ventajas inherentes a la implantación de dicho proyecto son múltiples y afectan a cambios estructurales a distintos niveles/capas de trabajo.

Por un lado, la unificación de centros y bases de datos ha permitido una reestructuración tanto física como técnica de los recursos materiales y humanos de los servicios de farmacia del Sector Sanitario de Teruel.

• Por parte del personal de Farmacia del Sector, se mejora, simplifica y distribuye de manera más eficiente la organización y cargas de trabajo de los Servicios de Farmacia de los Centros Sanitarios. También se homogeneiza la gestión farmacéutica y reestructura la forma de trabajo.

• Por parte del Servicio de Informática las mejoras también son notables; reducción de equipos Servidores/Licencias y reducción de costes y mantenimientos

Por otro lado, dicha implantación mejora la prescripción, validación y trazabilidad en la dispensación farmacéutica de todos los centros sanitarios una vez consensuados y parametrizados los diferentes Servicios Sanitarios.

Otras ventajas referentes a la integración del sistema son la unificación de almacenes y sistema de gestión de compras, distribución de recursos humanos, homogeneidad de criterios y formas de trabajo, y una rápida implantación de nuevos módulos o aplicaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera fase del proyecto (ya realizada), establecimiento de los criterios de unificación y gestión de adquisición de medicamentos, acuerdo en la implantación del programa, ha permitido en definitiva la puesta en marcha del proyecto y la formación del personal para el uso del aplicativo.

La unificación de la gestión de compras y adquisiciones de productos farmacéuticos en el sector ha permitido una mejora clara en la gestión de existencias, mejoras en los flujos de trabajo del personal y recepción de material, así como una clara mejora de la eficiencia en la adquisición de medicamentos a los distintos proveedores.

La recodificación y depuración de la base de datos Farmatools @Dominion ha contribuido a mejorar la eficiencia en la gestión de los stocks al reducirse el número de referencias diferentes, así como el incremento de la seguridad del acto de prescripción al permitir realizar la misma por principio activo. Así mismo, la depuración de las bases de datos repercute en un aumento de la calidad/seguridad clínica al codificarse de forma correcta las interacciones medicamentosas potenciales y alergias cruzadas.

En la segunda fase (aún por llevar a cabo), desarrollo e implementación del aplicativo en los Servicios de Digestivo, Cirugía, Traumatología y Neurología, se espera conseguir una mejor gestión a todos los niveles:

a) A nivel clínico: seguridad del paciente. Minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias.

Protocolización de esquemas de tratamiento.

b) A nivel de explotación de datos farmacoterapéuticos y económicos.

c) A nivel técnico: optimización tiempos y flujos de trabajo.

Para evaluar el impacto del proyecto se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- % de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados.

- % de servicios clínicos con prescripción electrónica respecto al total.

- % Unidades fármaco biosimilar según indicación / fármaco original.

- DDD/ 100 Estancias grupo terapéutico J01 antibióticos (indicador grupo PROA).

- DDD/100 Estancias subgrupo terapéutico antibióticos (indicador grupo PROA).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0011

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA ASISTIDA INTRAHOSPITALARIA PARA EL USO SEGURO, EFECTIVO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS

- DDD/100 Estancias principio activo (indicador grupo PROA).
En la tercera fase, se pretende hacer extensible el uso del aplicativo a todo el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creciente complejidad en el proceso de utilización de medicamentos puede predisponer a errores de medicación que ocasionen efectos no deseados. Mediante la implantación de sistemas de ayuda a la prescripción se consigue disminuir los errores en procesos manuales de prescripción dado que permite una completa legibilidad de la orden de tratamiento y facilita el trabajo del personal de enfermería para garantizar la seguridad del paciente. Además, con la prescripción electrónica asistida en el ámbito intrahospitalario se logra optimizar los recursos del circuito prescripción-dispensación-administración permitiendo una mejora de la calidad del proceso mediante el uso de protocolos de prescripción, alertas farmacéuticas y condiciones de administración predefinidas. Por estos motivos expuestos anteriormente con el objetivo principal de garantizar la seguridad del paciente en este ámbito y la gestión eficiente del proceso farmacoterapéutico, se aconseja implementar el sistema de prescripción electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/11 ===== ***

Nº de registro: 0011

Título
DESARROLLO DEL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA ASISTIDA INTRAHOSPITALARIA PARA EL USO SEGURO, EFECTIVO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS

Autores:
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO, NAVARRO PARDO IRENE, RODILLA CALVELO FRANCISCO, ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE, ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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 preocupación por la seguridad del paciente (SP) es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios. En el proceso farmacoterapéutico, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos pueden producirse fallos que ocasionan efectos no deseados. Esto es especialmente frecuente en pacientes polimedicados y con múltiples enfermedades, habituales en los servicios de especialidades médicas. Analizar e identificar las causas que desencadenan los errores médicos resulta fundamental para prevenir su aparición. En este contexto, los sistemas de prescripción electrónica asistida aparecen como una herramienta atractiva para garantizar la SP. En nuestro país, el Mº de Sanidad ha situado la SP como uno de los elementos centrales del ámbito sanitario y, a través de la Agencia de Calidad del SNS del Mº, se han establecido como objetivos la identificación y la priorización de los problemas relacionados con la SP. Entre las líneas estratégicas de uso racional del medicamento de 2018-2019 se encuentra potenciar la implantación de los sistemas de prescripción electrónica asistida a nivel intrahospitalario.

RESULTADOS ESPERADOS

La implantación de la prescripción electrónica en los servicios de nuestro Hospital, supondrá la optimización de los recursos empleados en el circuito prescripción-dispensación-administración, consiguiéndose una mejora de la calidad en el proceso debido principalmente a una completa legibilidad de la orden de tratamiento que facilita el trabajo del personal de enfermería y disminuye los posibles errores de administración derivados de este hecho y errores de cálculo de dosis. De esta forma se disminuyen los posibles errores de medicación derivados de la prescripción, interpretación de la OT y dispensación, como reflejan los resultados del control de calidad realizados en algunos estudios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0011

1. TÍTULO

DESARROLLO DEL SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA INTRAHOSPITALARIA PARA EL USO SEGURO, EFECTIVO Y EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS

MÉTODO

Dentro de estas nuevas tecnologías aplicadas al ámbito sanitario se encuadra el sistema de prescripción electrónica asistida (PEA). Este sistema ha demostrado ser una de las principales herramientas para garantizar la SP en uno de los procesos fundamentales de la utilización de medicamentos, como es el caso de la prescripción. Se estima que la PEA puede evitar hasta en un 65% los errores de medicación. La incorporación de las aplicaciones informáticas para la prescripción proporciona potenciales ventajas, como las siguientes:

- Informan de manera rápida datos relevantes sobre los medicamentos mediante soportes de ayuda (pauta habitual, condiciones de admón., alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del ttº, interacciones, ajustes de dosis, prescripción protocolizada, etc.).
- Facilitan la comunicación entre profesionales sanitarios.
- Permiten enlaces con otros programas que mejoran el conocimiento del paciente y su estado clínico, y que pueden influir en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Logran mantener la confidencialidad sobre los datos del paciente.
- Pueden alertar sobre la necesidad de alguna modificación en la prescripción.
- Aportan información inmediata sobre los costes de tratamiento.
- Fuerzan al prescriptor a elegir entre distintas opciones en campos como la dosis o la vía de administración, y aportan información sobre las pautas habituales de los medicamentos. Esta característica de los programas de prescripción electrónica es la que ha contribuido a reducir en mayor proporción el número de errores de prescripción.

Se ha comprobado que la mayoría de los errores de prescripción clínicamente relevantes se concentran en 3 grupos de medicamentos: antiinfecciosos, agentes cardiovasculares y analgésicos opiáceos. Los tratamientos son cada vez más complejos, cada vez se prescriben más medicamentos y se ha incrementado notablemente la edad de los pacientes hospitalizados.

INDICADORES

- % de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados en el hospital. Este porcentaje irá aumentando progresivamente a medida que se vaya implantando en los servicios.

DURACIÓN

a) Primera fase: febrero-junio de 2019. Unificación de la base de datos de medicamentos del Sector Teruel. Revisión de todas las fichas de medicamentos del programa y definición de pauta posológica habitual, condiciones de administración, alertas farmacéuticas (dosis máximas, interacción, datos clínicos, etc.) y protocolos de prescripción.

b) Segunda fase: julio-octubre de 2019. Elaboración del Procedimiento Normalizado de Trabajo a seguir y reuniones con los facultativos de los servicios. Creación de protocolos farmacoterapéuticos, en los cuales se fija la pauta recomendada, inicio y duración del tratamiento, para facilitar la inserción de los fármacos en el momento de la prescripción de determinadas patologías.

c) Tercera fase: noviembre-diciembre 2019. Inicio e implantación del programa en la unidad de hospitalización de Digestivo, Cirugía, Traumatología y Neurología y "retirada" final del impreso escrito de la orden de tratamiento. Implantación progresiva en el resto de los servicios del hospital.

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 - 2019/0026

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA Y MEZCLAS INTRAVENOSAS DE PREPARACION CENTRALIZADA. ALERTAS DE SEGURIDAD DE PRESCRIPCIÓN, PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE IRENE NAVARRO PARDO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO
FERRER PEREZ ANA ISABEL
RILOVA FERNANDEZ ISABEL
HERNANDO QUINTANA NATALIA
ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la primera fase del proyecto se han realizado las siguientes actividades:

- Revisión de las fichas de medicamentos e introducción de los protocolos terapéuticos en el programa informático consultando la bibliografía disponible (fichas técnicas de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), guías de práctica clínica y guías de estabilidad de medicamentos) con el objetivo de actualizar los datos de preparación y administración, así como consensuar y estandarizar los esquemas terapéuticos de mezclas intravenosas de preparación centralizada en el Servicio de Farmacia.
- Integración del programa informático con los datos de admisión y parámetros bioquímicos.
- Adaptación del circuito de trabajo: prescripción electrónica asistida (PEA) (cálculo de dosis y frecuencia de administración según protocolo, registro de alergias y toxicidades), validación farmacéutica, preparación estandarizada (cálculo de volúmenes a adicionar, número de viales y sistema de identificación inequívoca mediante código de barras), validación farmacéutica (control cualitativo y semicuantitativo de las preparaciones), administración segura en Hospital de Día (identificación paciente correcto y orden de administración mediante código de barras, dosis, vía, tiempo y registro de incidencias relacionadas con la administración).
- Implementación del sistema de gestión de mezclas devueltas y de trazabilidad del proceso para la identificación de lotes administrados y seguimiento farmacoterapéutico del paciente.
- Formación de los profesionales sanitarios implicados en el manejo de la prescripción, preparación y administración electrónica asistida (médicos, farmacéuticos y personal de enfermería).

En la segunda fase del proyecto se han realizado las siguientes actividades:

- Revisión e introducción de alertas de seguridad en la prescripción según parámetros bioquímicos y dosis máximas como herramienta de soporte en la toma de decisiones clínicas.
- Incorporación del sistema de lector de código de barras para aumentar la seguridad en la dispensación de las mezclas intravenosas desde el Servicio de Farmacia, así como en la administración de dichas mezclas en Hospital de Día.

En la tercera fase se han obtenido los indicadores para el seguimiento del proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desarrollo e implementación del aplicativo en los Servicios de Oncología, Hematología Neurología, Digestivo, Reumatología, Urología, Dermatología, Neumología y Pediatría. Se Ha logrado una mejor gestión a todos los niveles:

- A nivel clínico: seguridad del paciente. Minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias. Protocolización de esquemas de tratamiento.
- A nivel de eficiencia: optimización de la gestión de mezclas no administradas y devueltas al Servicio de Farmacia mediante el sistema de reutilización de mezclas y los datos de estabilidad introducidos.
- A nivel de explotación de datos farmacoterapéuticos y económicos: obtención de informes de consumo de medicamentos, coste de las terapias y datos de supervivencia.

Se han revisado e introducido 187 medicamentos y 189 protocolos (oncología 114, hematología 60, neurología 12, nefrología 12, digestivo 10, reumatología 10, medicina interna 9, dermatología 6, urología 5 y pediatría 2).

Desde su implantación se han realizado 5.618 preparaciones correspondientes a 432 pacientes (248 oncología, 81 hematología, 46 urología, 22 neurología, 14 digestivo, 10 reumatología, 5 medicina interna, 3 nefrología, 2 dermatología, 1 neumología, 1 pediatría).

Se han devuelto 34 mezclas, siendo las causas más frecuentes por reacción adversa durante la infusión y reprogramación no informada tras confirmación del tratamiento, de las cuales 10 se han reutilizado.

Las alertas de prescripción de dosis máxima de vincristina y ajuste de dosis de zoledrónico según función renal se han aceptado en el 100% de los casos.

Se registra la trazabilidad de todos los medicamentos (citostáticos, inmunoterapia y fármacos biosimilares).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creciente complejidad en el proceso de utilización de medicamentos puede predisponer a errores de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0026

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA Y MEZCLAS INTRAVENOSAS DE PREPARACION CENTRALIZADA. ALERTAS DE SEGURIDAD DE PRESCRIPCIÓN, PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

medicación que ocasionen efectos no deseados. Mediante la implantación de sistemas de ayuda a la prescripción se consigue disminuir los errores en procesos manuales de prescripción dado que permite una completa legibilidad de la orden de tratamiento, permite realizar automáticamente el cálculo de la dosis según los protocolos introducidos y datos antropométricos del paciente, ajustar la dosis según alertas definidas en el programa, asegurar la trazabilidad del medicamento mediante el registro de los lotes en la dispensación, así como estandarizar la preparación y administración para garantizar la seguridad del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/26 ===== ***

Nº de registro: 0026

Título
SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA Y MEZCLAS INTRAVENOSAS DE PREPARACION CENTRALIZADA.
ALERTAS DE SEGURIDAD DE PRESCRIPCIÓN, PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Autores:
NAVARRO PARDO IRENE, GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO, FERRER PEREZ ANA ISABEL, RILOVA FERNANDEZ ISABEL, HERNANDO QUINTANA NATALIA, ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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 gestión del hospital de día onco-hematológico es muy compleja y requiere en la práctica clínica un exigente control de los procesos para garantizar la seguridad del paciente. Evitar los errores de medicación en quimioterapia es una máxima para cualquier institución, ya que éstos pueden ocasionar graves consecuencias para los pacientes.

Estos errores vienen determinados en gran medida por una serie de factores como son: la propia complejidad de la patología, la elaboración de los tratamientos para cada paciente que requieren dosificaciones individualizadas y a la variabilidad de éstas, incluso cuando se utiliza un mismo fármaco en distintos tipos de tumores.

La terapia antineoplásica y el resto de mezclas intravenosas de preparación centralizada en el Servicio de Farmacia son terapias complejas que requieren procesos de validación y doble comprobación (fármacos de estrecho margen terapéutico, esquemas complejos, cálculos de dosificación y ajuste según parámetros clínicos, métodos de administración complejos, etc.)

Las tecnologías de la información y comunicación son la mejor herramienta para facilitar, simplificar y automatizar los distintos subprocesos de la prescripción, confirmación, validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración y seguimiento en el paciente, permitiendo incrementar la seguridad y eficiencia de los tratamientos oncológicos, reduciendo los errores y por tanto la morbilidad y mortalidad.

La prescripción informatizada, además de aportar información farmacoterapéutica y farmacoeconómica, facilita la realización de estudios de imputación de costes por paciente, perfiles de utilización de fármacos, adecuación de tratamientos a protocolos específicos, etc.

RESULTADOS ESPERADOS

Una mejor gestión:

- Clínica: minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias y alto grado de protocolización de esquemas antineoplásicos y de mezclas intravenosas.
- Eficiencia: Optimización de los recursos humanos y otros recursos (gestión de compras y de stocks).
- Explotación de datos farmacoterapéuticos y farmacoeconómicos.

MÉTODO

- Prescripción Informatizada y Asistida por parte de los facultativos del Área de Oncología, Digestivo, Reumatología, Urología, Nefrología, Neurología, Dermatología y Pediatría mediante protocolos estandarizados y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0026

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA Y MEZCLAS INTRAVENOSAS DE PREPARACION CENTRALIZADA. ALERTAS DE SEGURIDAD DE PRESCRIPCIÓN, PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

- consensuados por el equipo interdisciplinar, atendiendo al diagnóstico, indicación, etc.
- Incorporación de alertas de seguridad en la prescripción, preparación y administración de los medicamentos, según parámetros clínicos, alergias, condiciones de reconstitución y dilución, etc.
 - Prescripción eficiente promoviendo la utilización de fármacos biosimilares.
 - Confirmación online de la prescripción, tras verificación de la situación del paciente por consulta de la analítica del paciente.
 - Validación Farmacéutica automatizada atendiendo a unos criterios predefinidos que alerten al farmacéutico y faciliten las actuaciones de dicho profesional.
 - Preparación Centralizada de Terapia IV, estandarización del procedimiento de preparación de la terapia y cálculo automático de volúmenes a adicionar y sistema de identificación inequívoca de las preparaciones.
 - Sistema de Reutilización de Viales Multidosis y Mezclas, para facilitar la eficiencia en la preparación por recuperación de restos de los viales multidosis, así como la gestión de las mezclas devueltas y no administradas para la posterior reutilización o desecho.
 - Gestión de los consumos e integración con el programa de gestión de medicación.
 - Dispensación con identificación, incorporación de un sistema código de barras que facilita la identificación y dispensación de forma inequívoca de las preparaciones.
 - Administración segura mediante identificación del paciente correcto, medicación, tiempo, dosis y vía.
 - Registro informatizado de la administración y posibles incidencias durante la misma.
 - Explotación de datos estadísticos.

INDICADORES

- a) Porcentaje de pacientes en tratamiento quimioterápico y con mezclas intravenosas centralizadas en el Servicio de Farmacia incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados en el Hospital desde el comienzo del proyecto.
- b) Indicador de eficiencia: N° de tratamiento desechados/N° tratamientos planificados.

DURACIÓN

- a) Primera fase: octubre 2018- abril 2019. Revisión e incorporación de los protocolos consensuados con los facultativos y procedimientos estandarizados de preparación de las mezclas. Puesta en marcha del programa de prescripción electrónica asistida. Prescripción informatizada de los tratamientos activos por los servicios implicados.
- b) Segunda fase: mayo-agosto 2019. Revisión de alertas relevantes como herramienta de soporte en la toma de decisiones clínicas. Incorporación de sistemas PDA para el registro y validación de la administración en Hospital de día. Integración del programa informático de prescripción de terapia antineoplásica y mezclas intravenosas con el programa de gestión de medicamentos.
- c) Tercera fase: septiembre 2019. Obtención de indicadores para el seguimiento 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 - 2016/1728

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ACTUACION ANTE UNA HEMORRAGIA MASIVA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE NICOLAS GONZALEZ GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CUESTA GALLARDO ISABEL
ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO
GARITAS ABRIL MARIA DEL CARMEN
YAÑEZ BENITES CARLOS
GALLEGO ESTRADA FERNANDO
OJUEL GROS TANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se revisa y actualiza el protocolo de actuación ante una hemorragia masiva por parte de la Dra. Ojuel (UCI), Dr. Gallego (Anestesia), Dr. Yañez (Cirugía) y Dr. González (Hematología), todos miembros de la Comisión Hospitalaria de Transfusión. Se revisa y aprueba en la reunión del 2/03/2017.

Para su difusión se acuerda:

1. Colgar el protocolo y la hoja de registro en la intranet del hospital.
2. Difundirlo a través de una sesión clínica general. Se acudirá a todos aquellos servicios que lo soliciten para realizar sesiones aclaratorias.
3. Crear un nuevo poster divulgativo con las aportaciones del nuevo protocolo. Actualmente existe un poster divulgativo del protocolo anterior, ampliamente extendido por todo el hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los puntos 1 y 2 se cumplieron durante el 2º trimestre de 2017. La sesión clínica general fue presentada por la Dra. Ojuel y el Dr. Gallego, como figura en el registro de sesiones generales del centro.

El punto 3 no se ha podido cumplir por trasladarse a otro centro los responsables de su elaboración. Con respecto al protocolo anterior no existen grandes cambios en cuanto a los procedimientos terapéuticos, siendo la principal novedad la hoja de registro la cual es fácilmente accesible a través de la intranet, por ello sigue vigente el poster anterior.

Se comprobó que en todos los servicios más implicados en los casos de transfusión masiva (farmacia, UCI, quirófano, urgencias..) disponen del denominado, en el protocolo, kit de fármacos fundamental para el tratamiento de una hemorragia masiva.

A través del programa del servicio de transfusiones, hemos obtenido los casos que cumplieron los criterios de transfusión masiva durante el año 2017:

A.- Transfusión de 4 o más CH en un periodo de una hora.

B.- Transfusión de 10 o + CH en un periodo de 24 horas.

Durante 2017, según el criterio A hubo 10 casos y según el criterio B 0 casos. El análisis individualizado de las historias de los 10 casos, permite descartar 8 de ellos por diferentes motivos (periodo de transfusión mayor, sangre utilizada para traslados,..). En los 2 casos que cumplían los criterios, se trataba de pacientes politraumatizados que tras ser estabilizados se trasladaron al hospital de referencia. En ambos casos se siguieron los procedimientos médicos, pero en ninguno se rellenó la hoja de registro correspondiente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación del protocolo de transfusión masiva ha supuesto una notable mejora en el tratamiento de estos pacientes, al unificarse las pautas de actuación. Se falla en la parte "burocrática" lo que dificulta la posterior auditoría de estos casos, en los años anteriores este era el principal fallo.

Desde la comisión de transfusión nos hemos puesto como principal objetivo la difusión por servicios del protocolo y la realización del nuevo poster divulgativo.

Otro problema detectado es la inestabilidad de la plantilla del Centro, más acusada en algunos servicios, como UCI y anestesia, claves en el manejo de estas situaciones, lo que dificulta la implantación de nuevos protocolos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1728 ===== ***

Nº de registro: 1728

Título
MEJORA EN LA ACTUACION ANTE UNA HEMORRAGIA MASIVA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
GONZALEZ GOMEZ NICOLAS, GARITAS ABRIL MARIA DEL CARMEN, CUESTA GALLARDO ISABEL, ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1728

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ACTUACION ANTE UNA HEMORRAGIA MASIVA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

ALBARRAN ARRIBAS MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Politraumatismos, Hemorragias gastrointestinales, urgencias cardiovasculares, urgencias obstétricas. intraoperatorias
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La transfusión masiva forma parte del tratamiento de la hemorragia masiva. Las causas son diversas pero la mortalidad global es elevada, hasta el 50% de los casos, produciéndose la mayoría de las muertes en las primeras 24 horas. Con la finalidad de mejorar la supervivencia de los pacientes, los hospitales deberían tener un protocolo o guía de actuación ante una hemorragia masiva adaptada a las características de cada centro, el protocolo debería estar basado en la colaboración interdisciplinar de un conjunto de profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la actuación ante los casos de hemorragia masiva en el Hospital.
Mantener la perfusión hística y oxigenación con la restauración de la volemia.
Corregir o prevenir la coagulopatía mediante el uso adecuado de la hemoterapia.
Disminuir el número de secuelas secundarias a casos de hemorragia masiva.

MÉTODO

Se pretende resaltar la importancia de la estandarización del procedimiento de actuación ante casos de hemorragia masiva. Para ello, se trabajará en la Comisión de Transfusiones del HOP estableciendo un grupo de trabajo para elaborar un protocolo de actuación ante un caso de hemorragia masiva que incluya; los profesionales implicados, como se activa el protocolo, las medidas iniciales, monitorización de las pruebas de laboratorio, como se llevará a cabo el reemplazo hemoterápico y como se da por finalizada la actuación o se desactiva el protocolo. Para la realización y puesta en marcha de este proyecto, se requieren reuniones continuas inicialmente entre el grupo de trabajo seleccionado para elaborar el Protocolo y posteriormente Sesiones en el Hospital y dentro de los Servicios para darle difusión.

INDICADORES

1- Elaboración Protocolo Hemorragia Masiva en el HOP: Si/No
2- N° Casos Hemorragia masiva que siguen procedimiento del HOP/Total de Casos de Hemorragia masiva del HOP *100: >80% casos.
3- Difusión del Protocolo de Hemorragia masiva a través de Sesiones: al menos una sesión.
4- Elaboración póster resumen para las Unidades del HOP

DURACIÓN

Creación grupo de trabajo dentro de la Comisión de Transfusiones: febrero 2017
Elaboración protocolo: mayo 2017
Difusión en la intranet del sector: junio 2017
Sesiones clínicas: octubre 2017
Evaluación: noviembre-diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0362

1. TÍTULO

CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAAO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE NICOLAS GONZALEZ GOMEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO
CUESTA GALLARDO ISABEL
GARITAS ABRIL MARIA DEL CARMEN
ALBARRAN ARRIBAS ESTER
JUBERIAS MOYA PILAR
MARTIN SAN MIGUEL ANUNCIA
VICENTE MOYA MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo/2017: Realización por parte de M.C. Garitas y A. San Miguel del Curso de formación para formadores realizado en el H. Provincial Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza). 8 horas.

4º trimestre del 2017:

- Formación del resto del equipo por parte de las asistentes al curso citado.
- Formación por parte de la empresa suministradora del material necesario para el autocontrol (Roche S.A.) al equipo. Se asistió al personal sobre el aparatado y programa informático.

1º trimestre del 2018:

- Creación y dotación del espacio físico (consulta) preciso para el desarrollo de la actividad. La dirección del centro creó y dotó del material necesario (mobiliario, material informático..) la UAAO ubicada en la planta 3ª del edificio de CCEE.

- Selección de candidatos para ser incluidos en dicho programa. Se seleccionaron 12 candidatos siguiendo los criterios elaborados por el grupo COA de la SAHH junio/2014. Tras explicación detallada sobre los fines del proyecto y su desarrollo (charla abierta de 60 min. de duración) se procedió a la formación de los candidatos que aceptaron (100%).

- Cada Enfermera se hizo cargo de 2-3 pacientes, se procedió al adiestramiento sobre el manejo del material (coagulómetro, bolígrafo pinchador, introducción de resultados en la cartilla de autocontrol y/o página web), autodosificación en función de los resultados y aptitud ante la aparición de complicaciones.

2º trimestre de 2018:

- Inicio de la actividad siguiendo el protocolo establecido (creación de las fichas en el programa informático, consultas de seguimiento, entrega de material..).

Material entregado:

- Carpeta que contiene: ficha del paciente con datos demográficos, médicos y administrativos, consentimiento informado, cartilla de seguimiento, información general.

- Coagulómetro portátil, bolígrafo pinchador y tiras reactivas.

- Descarga en el teléfono móvil de la APP y acceso a la web oficial del programa informático (TAONET) facilitada por la casa Roche para introducción de resultados.

- Encuesta de satisfacción sobre el curso recibido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Encuesta de satisfacción inicial: se les preguntó sobre la calidad del proceso de formación recibida (10 puntos). El 100% respondió a la misma, considerando que la información y formación recibida fue muy adecuada (8 pacientes) o excelente (4).

- De los 12 pacientes seleccionados 1 renunció al programa por motivos personales y otro tuvo una interrupción prolongada del mismo por motivos médicos.

- Problemas que han surgido:

- El principal problema ha sido el manejo del bolígrafo pinchador por parte de los pacientes debido a la utilización de técnicas inadecuadas ("miedo al pincharse", mala recogida de la muestra..). Con el paso del tiempo dichos errores se han subsanado de manera satisfactoria.

- Dificultades en el manejo en el programa informático. Este problema es más evidente en los pacientes no acostumbrados al manejo de las nuevas tecnologías. Con el tiempo el mismo se ha subsanado.

- Problemas con el programa informático ajenos al paciente y al hospital.

- Dado los retrasos sufridos en la implantación del programa ajenos al servicio, no hemos podido introducir más pacientes. Está previsto que en marzo de 2019, 12 nuevos pacientes sean incluidos, esperamos que durante este año sean sobre 40 los pacientes de la UAAO. Se ha ampliado la oferta a los pacientes controlados en Atención Primaria. En la valoración a realizar en el año 2020 podremos dar resultados más concretos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusiones provisionales que hemos sacado son:

- Las actividades desarrolladas previas al inicio del autotratamiento han sido satisfactorias.

- Hay que insistir en el adiestramiento inicial, ya que todo al principio les parece muy sencillo, surgiendo los problemas con posterioridad.

- Subjetivamente el grado de aceptación y satisfacción por parte de los pacientes ha sido alto, aunque faltan

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0362

1. TÍTULO

CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAAO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

por valorar los resultados de las encuesta entregadas en enero/2019 de los cuales no disponemos todavía.

7. OBSERVACIONES.

En el año 2019 seguiremos con el mismo proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/362 ===== ***

Nº de registro: 0362

Título
CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINE K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
GONZALEZ GOMEZ NICOLAS, ANGOAS SEGURA JOSE ANTONIO, CUESTA GALLARDO ISABEL, GARITAS ABRIL MARIA DEL CARMEN, ALBARRAN ARRIVAS ESTER, JUBERIAS MOYA PILAR, MARTIN SAN MIGUEL ANUNCIA, VICENTE MOYA MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los anticoagulantes orales son fármacos de uso muy extendido en nuestro medio (2.9% de la población de Aragón en 2017, con uso creciente motivado por la mayor esperanza de vida y la ampliación continua de su indicaciones. Son medicamentos, en la mayoría de los casos de uso crónico, de manejo complejo, con frecuentes eventos adversos que motivan frecuentes consultas médicas e ingresos urgentes. Se consideran medicamentos de alto riesgo, por lo que la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, recoge entre sus objetivos para el período 2015-2020 fomentar la implantación de prácticas seguras con estos fármacos. El autotratamiento proporciona a los pacientes candidadtos importantes ventajas; evitar traslados al centro sanitario, mejora en la calidad de vida y, sobre todo, detectar desajustes de dosis aumentado la seguridad del fármaco. Por ello queremos implantar un sistema de autotratamiento con seguimiento en una unidad específica.

RESULTADOS ESPERADOS

- . Crear una ubicación física específica dotada del material y medios necesarios para desarrollar el programa.
- . Seleccionar a un número determinado de pacientes a los que enseñar a realizar e interpretar el INR y actuar en consecuencia de manera correcta. También recibirán la educación sanitaria pertinente que incluirá pautas de actuación ante situaciones especiales.
- . Conseguir que estos pacientes nos comuniquen los resultados y las observaciones clínicas referentes al control de su TAO, de acuerdo al calendario establecido
- . Controlar el suministro de material al paciente, asegurándonos del uso adecuado del mismo.

MÉTODO

- . Cursos de educación sanitaria para el logro de los objetivos previstos.
- . Se impartiran cursos a pacientes y a formadores.

INDICADORES

Indicadores y Evaluación

- . Selección de 10 pacientes
- . Registro de los cursos impartidos.
- . Registro de las visitas de los pacientes.
- . Registro de las complicaciones.
- . Registro del material entregado.
- . Encuesta de satisfacción.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0362

1. TÍTULO

CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAAO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITA OBISPO POLANCO DE TERUEL

DURACIÓN

- . Duración prevista para un correcto funcionamiento de la unidad: 1 año.
- . Mes Mayo: Puesta en marcha de la consulta (Ubicación, material...)
- . Mes de Junio: fin de selección y formación de pacientes.
- . Auditorias Semestrales (Noviembre 2018 y Abril 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0362

1. TÍTULO

CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAAO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE NICOLAS GONZALEZ GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO
CUESTA GALLARDO ISABEL
GARITAS ABRIL MARIA DEL CARMEN
ALBARRAN ARRIBAS ESTER
JUBERIAS MOYA PILAR
MARTIN SAN MIGUEL ANUNCIA
VICENTE MOYA MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.-Todos los pacientes han tenido 4 consultas programadas de seguimiento, en las que se valora su capacidad de manejo de aparatos y programa informático, resultados obtenidos, estado de funcionamiento de los coagulómetros, material utilizado y se han subsanado los errores y dudas surgidas. En años próximos, aquellos pacientes que superan el año inicial serán controlados 2 veces al año. Todos los pacientes han recibido de manera presencial o telefónica el asesoramiento que han requerido.

2.-Se ha evaluado el nivel de satisfacción de los pacientes con el autocontrol y con el servicio recibido. En la encuesta realizada se valora el grado de satisfacción sobre el curso de aprendizaje recibido, el personal encargado del mismo, material recibido, valoración del autocontrol respecto a la anterior forma de autocontrolarse (escala desde mucho peor a mucho mejor), ventajas y desventajas del autocontrol sobre el método anterior y comentarios o sugerencias.

3.-Durante el primer cuatrimestre se realizó un nuevo curso de formación con la incorporación de 12 nuevos pacientes (6 del Centro de Salud de Teruel y 6 de centros rurales) . Nuestra intención era realizar un 2º curso durante el 3º cuatrimestre, el mismo no ha sido posible debido a los importantes problemas de personal que en el momento actual afectan al Servicio de Hematología (jubilaciones, sustitución de enfermeras por técnicos, incorporaciones de personal....), esperamos que el 2020 podamos seguir con la incorporación de nuevos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.-Actualmente tenemos 21 pacientes en el programa de autocontrol, ha habido una baja definitiva por suspensión de la anticoagulación y una temporal por problemas médicos intercurrentes.

2.-De la encuesta realizada se desprenden los siguientes resultados:

A.- El 100% considera que el autocontrol es mucho mejor que el sistema anterior.

B.- El 60% por ser independientes del hospital, un 20% por que los controles semanales le dan mas seguridad sobre la anticoagulación y el resto por que con las plataformas on line se sienten mas seguros.

C.- El principal problema que tienen la mayoría de los pacientes (70%) es el "miedo" a la punción, sobre todo al principio, lo que origina un número importante de intentos "fallidos", este problema se subsana con el tiempo y el aprendizaje. Los otros dos problemas mas frecuentes son el colocar la sangre en el analizador y la configuración y manejo de la APP, de ambos problemas ambos problemas se subsanan con tiempo y mas horas de adiestramiento.

D.- El 100% lo recomendaría a otros pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusiones definitivas que hemos sacado son:

-Se trata de un método válido para el control de la anticoagulación oral.

-Se requiere una selección adecuada de los pacientes, se debe ser exigente a la hora de la selección.

-El grado de aceptación y satisfacción por parte de los pacientes es alto.

-El personal encargado debe estar adecuadamente formado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/362 ===== ***

Nº de registro: 0362

Título

CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINE K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0362

1. TÍTULO

CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAAO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:

GONZALEZ GOMEZ NICOLAS, ANGOAS SEGURA JOSE ANTONIO, CUESTA GALLARDO ISABEL, GARITAS ABRIL MARIA DEL CARMEN, ALBARRAN ARRIVAS ESTER, JUBERIAS MOYA PILAR, MARTIN SAN MIGUEL ANUNCIA, VICENTE MOYA MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

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

PROBLEMA

Los anticoagulantes orales son fármacos de uso muy extendido en nuestro medio (2.9% de la población de Aragón en 2017, con uso creciente motivado por la mayor esperanza de vida y la ampliación continua de su indicaciones. Son medicamentos, en la mayoría de los casos de uso crónico, de manejo complejo, con frecuentes eventos adversos que motivan frecuentes consultas médicas e ingresos urgentes. Se consideran medicamentos de alto riesgo, por lo que la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, recoge entre sus objetivos para el período 2015-2020 fomentar la implantación de prácticas seguras con estos fármacos. El autotratamiento proporciona a los pacientes candidadtos importantes ventajas; evitar traslados al centro sanitario, mejora en la calidad de vida y, sobre todo, detectar desajustes de dosis aumentado la seguridad del fármaco. Por ello queremos implantar un sistema de autotratamiento con seguimiento en una unidad específica.

RESULTADOS ESPERADOS

- . Crear una ubicación física específica dotada del material y medios necesarios para desarrollar el programa.
- . Seleccionar a un número determinado de pacientes a los que enseñar a realizar e interpretar el INR y actuar en consecuencia de manera correcta. También recibirán la educación sanitaria pertinente que incluirá pautas de actuación ante situaciones especiales.
- . Conseguir que estos pacientes nos comuniquen los resultados y las observaciones clínicas referentes al control de su TAO, de acuerdo al calendario establecido
- . Controlar el suministro de material al paciente, asegurándonos del uso adecuado del mismo.

MÉTODO

- . Cursos de educación sanitaria para el logro de los objetivos previstos.
- . Se impartiran cursos a pacientes y a formadores.

INDICADORES

Indicadores y Evaluación

- . Selección de 10 pacientes
- . Registro de los cursos impartidos.
- . Registro de las visitas de los pacientes.
- . Registro de las complicaciones.
- . Registro del material entregado.
- . Encuesta de satisfacción.

DURACIÓN

- . Duración prevista para un correcto funcionamiento de la unidad: 1 año.
- . Mes Mayo: Puesta en marcha de la consulta (Ubicación, material...)
- . Mes de Junio: fin de selección y formación de pacientes.
- . Auditorias Semestrales (Noviembre 2018 y Abril 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0362

1. TÍTULO

CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAOO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0084

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION VALDOVINOS MAHAVE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONTON DITO JOSE MARIA
PEREZ MARTINEZ CARMEN
TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS
FUERTES CATALAN MARIA TERESA
PEREZ LAHUERTA MARIA LUISA
SANCHEZ SANCHEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde Enero 2016 se empezó a trabajar en el diseño del Sistema de Informatización Clínica (SIC), que se implantó totalmente en enero de 2017, desapareciendo el papel de la UCI. Para ello las medidas llevadas a cabo han sido:
-Se han elaborado los Diseños de las diferentes Vistas que constituyen la Historia Clínica del paciente en la UCI y que integran la información de: los registros de enfermería, médicos, los datos que vuelcan los diferentes aparatos de monitorización y soporte, y los resultados radiológicos y de laboratorio. Se han configurado las diferentes Gráficas y tendencias.

-Hemos elaborado plantillas de Informes médicos y de enfermería y de notas clínicas.

-Se han estandarizado los Registros de Valoración y los Planes de Cuidados de enfermería.

-Hemos incorporado al sistema Protocolos médicos y de enfermería por tipo de patología, según las Guías de actuación clínica.

-Se ha diseñado un registro de las diferentes técnicas realizadas en la UCI.

-Se ha incorporado el sistema de codificación de informes CIE-10.

-Se han sistematizado los tratamientos médicos, creando grupos terapéuticos con recomendaciones y avisos sobre: dosificación, diluciones, interacciones...

Y se ha incluido la Guía fármaco-terapéutica del hospital, con la posibilidad de incorporar fármacos nuevos.

-Hemos incluido Escalas Pronósticas, de Gravedad y de Valoración médicas y de enfermería.

-Se ha integrado en el sistema los resultados microbiológicos y se realiza un control de infecciones comunitarias, nosocomiales, de tratamiento antibiótico y de resistencias.

-Se ha diseñado un Programa dentro del SIC de Valoración y Control nutricional.

-Se ha integrado un Sistema de notificación de incidentes y eventos adversos.

-Se ha creado un sistema de alertas en relación con alergias e intolerancias.

-Hemos diseñado una base de explotación de datos adaptada a nuestra UCI para obtener Indicadores de Calidad, realizar un seguimiento de la actividad clínica y para posibles trabajos de investigación.

-Hemos elaborado un Plan de mejora continua de la aplicación.

-Se ha planificado un Protocolo de actuación ante una caída del sistema informático.

-Hemos realizado cursos de formación de manejo de la aplicación informática dirigidos a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación.

-Hemos elaborado un Manual de uso de la aplicación.

-Hemos diseñado Indicadores y hemos realizado la monitorización de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se elaboraron una serie de Indicadores, que se han monitorizado por parte del Grupo de Calidad de la UCI cada 3 meses. Se han ido haciendo mejoras en función de los resultados obtenidos y sugerencias por parte del personal de la Unidad.

Indicadores monitorizados:

-Realización de Curso de formación:

nº de trabajadores de la UCI que realizan el Curso de formación/

nº total de trabajadores en UCI x 100

Fuente de datos: Hoja de registro de asistencia al curso de formación.

El 100% del personal que trabaja en la UCI ha realizado el Curso de formación. (Estándar 100%)

-Monitorización de los Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Medicina Intensiva:

-Manejo de las Alarmas de monitorización:

nº de enfermos monitorizados que presentan algún evento adverso por inadecuación de las alarmas/ nº de enfermos monitorizados x100

Fuente de datos: Historia clínica informatizada: Registro de eventos adversos.

El 2% de los pacientes monitorizados e la UCI presentaron algún evento adverso por inadecuación de las alarmas.

(Estándar 5%)

-Indicación de Aislamientos:

nº de enfermos con indicación de aislamiento y aislados/

nº de enfermos con indicación de aislamiento x 100

Fuente de datos: Historia clínica informatizada: cumplimentación del Check list de indicación de aislamiento y de Registro de resultados microbiológicos.

El 100% de los pacientes con indicación de aislamiento se aisló, tras cumplimentación del check list.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0084

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

(Estándar 100%)

-Valoración del estado nutricional:

nº de enfermos con riesgo nutricional y valoración del estado nutricional / nº de enfermos ingresados con riesgo nutricional x 100

Fuente de datos: Historia clínica informatizada: cumplimentación del Check list de riesgo nutricional y de valoración nutricional.

El 100% de los pacientes en riesgo nutricional tiene cumplimentado el check list. (Estándar 100%)

-Monitorización de la sedación:

nº de enfermos con sedación monitorizada / nº de enfermos con sedación x 100

Fuente de datos: Historia clínica informatizada: cumplimentación de Escala de sedación.

El 100% de los pacientes en tratamiento con sedantes tiene cumplimentada la Escala de sedación. (Estándar 100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación del Sistema de Informatización Clínica ha supuesto una optimización de la gestión de los recursos humanos y económicos (proporcionando a tiempo información para mejorar la toma de decisiones clínicas y de gestión). En definitiva una mejora en la seguridad y en la calidad asistencial de los pacientes ingresados en UCI.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/84 ===== ***

Nº de registro: 0084

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:

VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, MONTON DITO JOSE MARIA, TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS, PEREZ MARTINEZ CARMEN, FUERTES CATALAN MARIA TERESA, PEREZ LAHUERTA MARIA LUISA, SANCHEZ SANCHEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Enfermos ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Importancia y Utilidad del proyecto:

-Las unidades de cuidados intensivos (UCI) constituyen un área sanitaria muy especializada que genera multitud de datos y registros, lo que hace que sean entornos naturales para la aplicación de Sistemas de Informatización Clínica (SIC).

Los objetivos de un SIC en una UCI son: la mejora de los procesos asistenciales (optimizando los cuidados, protocolizando, disminuyendo la variabilidad clínica) y optimizar la gestión de los recursos humanos y económicos. En definitiva una mejora en la seguridad y la calidad asistencial.

Situación de partida: Ausencia de un sistema de informatización clínica.

Causas: No había sido contemplado un plan de informatización de la UCI.

Fuentes de información: -Revisión de publicaciones. -Recopilación de información de los diferentes SIC disponibles en el mercado. -Visita a UCI con SIC implantados con éxito.

La técnica que se ha utilizado por el Grupo de Calidad para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming.

Los Métodos de priorización empleados han sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

RESULTADOS ESPERADOS

-Instaurar en la UCI un SIC, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva.

-Desaparición del papel, de forma que la gráfica de enfermería, los informes y los datos relacionados con el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0084

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

paciente durante su estancia en la unidad queden guardados en formato electrónico en su Historia Clínica.-Integración con el sistema informático del hospital.
-Integración con los diferentes dispositivos.-Unificar criterios de actuación,incrementando la seguridad y la calidad.
-Sistematizar la información y elaborar Registros de las actividades realizadas.-Explotación estadística.
-Optimizar la gestión.
-Ayuda a profesionales de nueva incorporación.

MÉTODO

-Elaborar los Diseños de las diferentes Vistas que van a constituir la Historia Clínica que integren la información de:los registros de enfermería,médicos,los datos que vuelcan los diferentes aparatos de monitorización y soporte,y los resultados radiológicos y de laboratorio.
-Estandarizar los Registros de Valoración y los Planes de Cuidados de enfermería.-Incorporar Protocolos médicos y de enfermería.
-Diseñar un registro de las diferentes técnicas.
-Elaboración de plantillas de Informes.-Incorporar el sistema de codificación CIE-10.
-Sistematizar los tratamientos médicos,creando grupos terapéuticos con recomendaciones y avisos sobre:dosificación,diluciones,interacciones e inclusión de la Guía fármaco-terapéutica del hospital.
-Incluir Escalas Pronósticas, de Gravedad y de Valoración.
-Integración de un Sistema de notificación de eventos adversos.
-Creación de un sistema de alertas en relación con:alergias e intolerancias,duración de tratamiento antibiótico,incompatibilidades farmacológicas
-Diseñar una base de explotación de datos para obtener Indicadores de Calidad y realizar un seguimiento de la actividad clínica.
-Elaborar un Plan de mejora continua.
-Planificar un Protocolo de actuación ante una caída del sistema informático.
-Cursos de formación.
-Elaborar de un Manual de uso.
-Diseñar Indicadores y Monitorizarlos.

Responsables: Grupo médico y de enfermería de Calidad de la UCI.

INDICADORES

-Realización de Curso de formación
nº de trabajadores de la UCI que realizan el Curso de formación/nº total de trabajadores en UCI x 100
Fuente de datos:Hoja de registro de asistencia el curso de formación.Estándar:100%
Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Medicina Intensiva:
-Manejo de las Alarmas de monitorización
nº de enfermos monitorizados que presentan algún evento adverso por inadecuación de las alarmas/nº de enfermos monitorizados x100
Fuente de datos:Historia clínica informatizada:Registro de eventos adversos.Estándar:5%
-Indicación de Aislamientos
nº de enfermos con indicación de aislamiento y aislados/nº de enfermos con indicación de aislamiento x 100
Fuente de datos:Historia clínica informatizada:cumplimentación de Check list de indicación de aislamiento y de Registro de resultados microbiológicos.Estándar:100%
-Valoración del estado nutricional
nº de enfermos con riesgo nutricional y valoración del estado nutricional/nº de enfermos ingresados con riesgo nutricional x 100
Fuente de datos:Historia clínica informatizada:cumplimentación de Check list de riesgo nutricional y de valoración nutricional.Estándar:100%
-Monitorización de la sedación
nº de enfermos con sedación monitorizada/nº de enfermos con sedación x 100
Fuente de datos:Historia clínica informatizada:cumplimentación de Escala de sedación.Estándar: 100%

DURACIÓN

-Fecha de inicio: Octubre 2016.
-Fecha de finalización: Octubre 2017.
-Elaboración y difusión del proyecto: Octubre-Noviembre 2016.
-Puesta en marcha del proyecto: Noviembre 2016.
-Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.
-Análisis final de resultados: Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0084

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0690

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ENCARNA MONFORTE ZAFON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONTON DITO JOSE MARIA
MEDINA VIVAS SEBASTIAN
SANCHEZ MOYA PILAR
MARQUES MINGUEZ ISABEL
TORNERO CARRIO JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un Protocolo de Fisioterapia respiratoria siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Española y Europea de Medicina Intensiva y Neumología. Estandarizando las indicaciones y todas las medidas y actividades a realizar. Unificando criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica. Estableciendo unos criterios de selección de los pacientes potencialmente beneficiarios de esta terapia y estandarizando el manejo terapéutico.

Se ha sistematizado la información y se han elaborado Registros de las actividades encaminadas a la optimización de las indicaciones y del tratamiento de fisioterapia respiratoria.

Se ha realizado difusión del Protocolo y se han realizado Cursos de formación a todo el personal de UCI. Lo ha hecho el 100% del personal de la UCI.

Se ha diseñado una Hoja de registro que incluye: datos demográficos, diagnóstico, factores de riesgo para desarrollar complicaciones respiratorias, pacientes en ventilación mecánica, días de ventilación mecánica, complicaciones respiratorias, necesidad de apoyo con VMNI, días de estancia en UCI y mortalidad. Y se elaboró un algoritmo terapéutico.

Se han elaborado una serie de Indicadores, que se han monitorizado por parte del Grupo de Calidad de la UCI cada 3 meses. Se han ido haciendo mejoras en función de los resultados obtenidos y sugerencias por parte del personal de la Unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El Protocolo de fisioterapia respiratoria se implantó en Enero de 2017, desde entonces hasta Diciembre de 2017 ingresaron 215 pacientes en la UCI, de los cuales 124 pacientes han cumplido los criterios de inclusión y se les ha aplicado el protocolo. En todos los pacientes se cumplimentó la Hoja de registro.

85 (68,5%) pacientes estaban en ventilación mecánica y 39 (31,5%) en respiración espontánea.

De los 85 pacientes en ventilación mecánica: 59 (69,4%) fueron hombres y 26 (30,6%) mujeres. La mediana de edad fue de 68 años. Los diagnósticos de ingreso fueron: 51 (60%) postoperatorio abdominal, 9 (11%) otros postoperatorios, 8 (9%) neumonía, 6 (7%) insuficiencia respiratoria crónica reagudizada, 5 (6%) enfermedad neurológica, 3 (3,5%) traumatismo torácico, 2 (2%) parada cardiorrespiratoria, 1 (1%) intoxicación medicamentosa.

Los factores de riesgo de complicaciones respiratorias fueron: 47 EPOC/Asma, 10 obesidad, 8 Enfermedades neurológicas, 8 inmunodepresión previa, 4 otras causas de neumopatía y 14 pacientes presentaron más de un factor de riesgo. 32 (38%) pacientes estuvieron menos de 24 horas intubados y 53 (62%) una media de 8 días. La estancia media en UCI fue de 8 días. 8 pacientes precisaron ventilación mecánica no invasiva tras la intubación y 2 pacientes oxigenoterapia con alto flujo. A 5 pacientes se les realizó traqueostomía. Complicaciones respiratorias: 1 reintubación precoz por broncoespasmo severo. A destacar que no ha habido pacientes que hayan presentado neumonía asociada a ventilación mecánica. En UCI fallecieron 19 (22%) pacientes.

De los 39 pacientes en respiración espontánea que cumplieron los criterios de inclusión: 27(69%) fueron hombres y 12 (31%) mujeres. La mediana de edad fue de 66 años. Los diagnósticos de ingreso fueron: 13 (33,5%) neumonía, 8 (21%) traumatismo torácico, 7 (18%) insuficiencia respiratoria crónica reagudizada, 6 (15%) Insuficiencia respiratoria aguda de origen cardíaco, 2 (5%) shock séptico de origen no respiratorio, 1 (2,5%) enfermedad neurológica, 1 (2,5%) postoperatorio abdominal, 1 (2,5%) otros postoperatorios. Los factores de riesgo de complicaciones respiratorias fueron: 22 EPOC/Asma, 5 enfermedades neurológicas, 5 inmunodepresión previa, 3 obesidad, y 6 pacientes presentaron más de un factor de riesgo. La estancia media fue de 6 días. 10 pacientes necesitaron apoyo con ventilación mecánica no invasiva y 4 con oxigenoterapia de alto flujo. Complicaciones respiratorias: 1 paciente desarrolló un empiema. En UCI falleció 1 (2,5%) paciente.

Resultado de los Indicadores monitorizados:

-Personal médico y de enfermería de la UCI que realizan el Curso de formación/ N° total de personal médico y de enfermería de la UCI x100

Fuente de datos: Hoja de registro de asistencia al curso de formación.

El 100% del personal de la UCI realizaron el Curso de formación. (Estándar 100%)

-Porcentaje de cumplimiento de las medidas (estándares calidad):

-N° pacientes a los que se les incluye en protocolo de fisioterapia respiratoria/ N° total de pacientes que ingresan con criterios de inclusión en el protocolo x100

Fuente de datos: Hoja de registro del Protocolo.

Al 100% de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión en el Protocolo se les aplicó. (Estándar 100%)

-N° pacientes que tienen cumplimentada Hoja de registro/ N° total de pacientes incluidos en Protocolo x100

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0690

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fuente de datos: Hoja de registro del Protocolo.

El 100% de los pacientes incluidos en el Protocolo tienen cumplimentada la hoja de registro. (Estándar 100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implementación de un Protocolo de Fisioterapia respiratoria ha supuesto: la unificación de criterios de actuación, la identificación precoz de los pacientes potencialmente beneficiarios de este tipo de terapia y un manejo más óptimo del paciente. A destacar la ausencia de pacientes con Neumonía asociada a ventilación mecánica en 2017. Por lo que todo ello ha servido para mejorar la calidad asistencial de este tipo de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/690 ===== ***

Nº de registro: 0690

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
OJUEL GROS TANIA EMERITA, VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, MEDINA VIVAS RODRIGO SEBASTIAN, PEREZ MARTINEZ CARMEN, SANCHEZ MOYA PILAR, MONFORTE ZAFON ENCARNACION, MARQUES MINGUEZ ISABEL, TORNERO CARRIO JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Importancia y Utilidad del proyecto:

La fisioterapia respiratoria ha demostrado su eficacia para prevenir y reducir las complicaciones pulmonares como: la hipoventilación, la hipoxemia y las infecciones; ya que tiene como objetivo restaurar las funciones musculares y pulmonares tan rápido como sea posible.

La implantación de un Protocolo de fisioterapia respiratoria en los pacientes críticos sirve para: promover una mejoría en la función pulmonar (en los pacientes sometidos a ventilación mecánica o ventilación mecánica no invasiva, favorecer un destete precoz), evitar posibles complicaciones pulmonares (reintubaciones, infecciones, atelectasias...), reducir la estancia hospitalaria, disminuir la morbimortalidad y los costes económicos. Así pues, supone una mejora en la calidad asistencial.

Situación de partida:

Falta de estandarización de la aplicación de las medidas de fisioterapia respiratoria en nuestra UCI.

Causas:

Falta de protocolos de actuación.

Falta de registros sistematizados.

Fuentes de información:

Historias clínicas.

Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.

La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming en el Grupo de Calidad de la UCI.

El Método de priorización empleado ha sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

RESULTADOS ESPERADOS

Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos un Protocolo de fisioterapia respiratoria, siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Europeas de Medicina Intensiva y de Respiratorio. Estandarizando las indicaciones y todas las medidas y actividades a realizar. Unificando criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica.

Sistematizar la información y elaborar Registros.

Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión del Protocolo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0690

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Ayuda a profesionales de nueva incorporación

MÉTODO

Elaborar un Protocolo de actuación de fisioterapia respiratoria, que estandarice los criterios de indicación y las técnicas que se aplican.
Elaboración de unas Hojas de registro de los pacientes a los que se les aplica el Protocolo.
Cursos de formación a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación.
Diseño de Indicadores y Monitorización de los mismos.
Responsables: Equipo médico y de enfermería

INDICADORES

Indicadores

Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Protocolo y se les aplica/ Total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Protocolo x 100

Estándar: 100%

Hojas de registro cumplimentadas/ Total de pacientes a los que se les aplica el protocolo x 100

Estándar: 100%

Personal médico y de enfermería que realiza el curso de formación/ Total de personal médico y de enfermería de la UCI x100

Estándar: 100%

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre 2016

Fecha de finalización: Octubre 2017

Elaboración y difusión del proyecto: Octubre-Noviembre 2016

Puesta en marcha del proyecto: Diciembre 2016

Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.

Análisis final de resultados: Diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1750

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN PEREZ MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION
TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS
ALCON BELMONTE CONSUELO
GIMENEZ MORA ROSA
TORRES CASAS MARIA JESUS
SALVADOR PEREZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha continuado con la difusión de la estrategia integral de prevención y actuación común en todo el Hospital para mejorar la atención a la PCR y reducir en lo posible las secuelas y la mortalidad asociadas. Potenciando la Prevención de la PCR hospitalaria (PCRH), promoviendo la identificación de los pacientes susceptibles de presentar una PCR. Optimizando la precocidad de actuación ante una parada y coordinación adecuada de la asistencia en todos los eslabones de la "cadena de supervivencia hospitalaria".
Se ha realizado un Programa de formación del personal hospitalario en la atención a la PCR de acuerdo con sus niveles de competencia y responsabilidad. Se elaboró de acuerdo con las Supervisoras de las plantas un calendario de formación con los equipos asistenciales de cada una de ellas. Dando una charla teórica y un taller práctico de simulación con casos clínicos y manejo de material y aparataje del carro de paradas.
Estimulando la Cultura de Seguridad. Fomentando los aspectos éticos.
Y realizando una evaluación periódica mediante un control de calidad; realizando trimestralmente un control externo de contenido y funcionamiento de cada carro de parada. Y también hemos hecho trimestralmente un control externo de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de los carros de parada.
Durante los años 2016 y 2017 se ha realizado Formación al personal de 5 plantas de hospitalización. A un número total de 50 profesionales en 2016 y 45 en 2017. La formación se ha llevado en cabo en su planta y con su carro de PCR (equipos asistenciales).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado de los Indicadores monitorizados ha sido:

-Grado de aceptación del Curso "Plan de formación del personal sanitario en la atención a la PCR":

Nº de plazas cubiertas en el Curso de Plan de formación en la atención a la PCR/Nº total de plazas ofertadas en el curso x100 = 100%

Fuente de datos: Hoja de registro de formación de RCP. (Estándar 100%)

-Cumplimiento del Plan de Formación del personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR:

Nº de personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR formado/Nº total de personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR x100 = 90%

Fuente de datos: Hoja de registro de formación de RCP. (Estándar 50%)

-Cumplimiento de Control externo del contenido y funcionamiento de cada carro de parada normalizado:

Nº de controles externos de contenido y funcionamiento de cada carro de parada/4 trimestres x100 = 100%.

Fuente de datos: Hoja de registro de control externo de carros de parada. (Estándar 100%)

-Cumplimiento de Control externo de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de los carros de parada

Nº de controles externos de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de cada carro de parada/4 trimestres x100 = 100%.

Fuente de datos: Hoja de registro de control externo de carros de parada. (Estándar 100%)

Se ha conseguido normalizar totalmente los carros de PCR con la reposición de dos monitores-desfibriladores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En un Plan de prevención de la PCR que comprende todo el hospital hay que continuar haciendo revisiones externas del funcionamiento de los carros de PCR, ya que esto nos permite corregir desviaciones en cuanto a la composición y utilización de los mismos. Así mismo, hay que continuar con el Programa de formación continuada tanto a los equipos ya formados como a los profesionales de nueva incorporación.

7. OBSERVACIONES.

Los equipos asistenciales en las plantas varían en función de los traslados, movimiento interno, jubilaciones...por lo que hace necesario continuar con los Planes de formación continuada.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1750 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1750

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCION Y ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Nº de registro: 1750

Título
CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCION Y ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
PEREZ MARTINEZ CARMEN, VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, MONTON DITO JOSE MARIA, TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS, OJUEL GROS TANIA EMERITA, GIMENEZ MORA ROSA, ALCON BELMONTE CONSUELO, SALVADOR PEREZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La parada cardiorrespiratoria (PCR) constituye la emergencia de mayor riesgo vital que se puede presentar en el paciente hospitalizado. La reanimación cardiopulmonar (RCP) y el Soporte Vital (SV) constituyen una herramienta eficaz para salvar vidas si se aplican adecuadamente; siendo fundamental que haya una organización con medidas de prevención y un conjunto de actuaciones adecuadas e integradas. Existen evidencias de que es posible reducir la mortalidad y las secuelas tras una PCR si se organiza un Plan para mejorar la respuesta asistencial, acortando los tiempos y optimizando la cadena de supervivencia. Las Sociedades Científicas implicadas recomiendan establecer planes hospitalarios de atención a la PCR.
Situación de partida: En 2015 presentamos y se aprobó un Proyecto de mejora de calidad "Plan integral de prevención y atención a la PCR en el HOP de Teruel" y a lo largo de 2015-2016 llevamos a cabo las siguientes medidas: -Elaboramos un Protocolo de Prevención y Actuación ante una PCR de acuerdo con los Guías. El Protocolo está disponible en la intranet del Sector de Teruel. Clasificamos las áreas asistenciales de acuerdo con el riesgo de PCR. Unificamos los Carros de parada, estandarizando el diseño y dotación de los equipos y materiales para atender una PCR. Elaboramos un Registro de revisión del Carro de parada, que se cumplimenta por los equipos de enfermería de cada planta. Se han elaborado posters con los Algoritmos de Actuación del Plan de RCP Hospitalario y se han distribuido por las Plantas de hospitalización. Se ha elaborado y distribuido una tarjeta de bolsillo con la Escala de riesgo de PCR. Se está llevando a cabo un Plan de Formación Continuada del personal hospitalario de cada planta en la atención a la PCR con simulacros, donde se hace hincapié en el análisis constructivo de los posibles errores y su prevención. Elaboración de un Registro de formación en RCP en el Hospital. Diseño y monitorización de Indicadores

RESULTADOS ESPERADOS
-Continuar con la difusión de la estrategia integral de prevención y actuación común en todo el Hospital para mejorar la atención a la PCR y reducir en lo posible las secuelas y la mortalidad asociadas. Potenciar la Prevención de la PCR hospitalaria (PCRH), promoviendo la identificación de los pacientes susceptibles de presentar una PCR. Optimización de la precocidad de actuación ante una parada y coordinación adecuada de la asistencia en todos los eslabones de la "cadena de supervivencia hospitalaria". Desarrollo de actuaciones coordinadas de todos los intervinientes en la RCP que contribuyan a una atención efectiva y eficiente, estableciendo con claridad las funciones de cada uno de ellos. Estímulo de una Cultura de Seguridad. Fomento de los aspectos éticos. Evaluación periódica: control de calidad. Ayuda a profesionales de nueva incorporación

MÉTODO
-Continuar con el Programa de formación del personal hospitalario en la atención a la PCR de acuerdo con sus niveles de competencia y responsabilidad, así como su reciclaje periódico para que se mantengan al máximo nivel. Realizar trimestralmente un control externo de contenido y funcionamiento de cada carro de parada. Realizar trimestralmente un control externo de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de los carros de parada

INDICADORES
-Grado de aceptación del Curso Plan de formación del personal sanitario en la atención a la PCR
Nº de plazas cubiertas en el Curso de Plan de formación en la atención a la PCR/Nº total de plazas ofertadas en el curso x100
Estándares de calidad: 100%. Fuente de datos: Hoja de registro de formación de RCP
-Cumplimiento del Plan de Formación del personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR
Nº de personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR formado/Nº total de personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR x100

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1750

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Estándares de calidad:50%.Fuente de datos:Hoja de registro de formación de RCP
-Cumplimiento de Control externo del contenido y funcionamiento de cada carro de parada normalizado
Nº de controles externos de contenido y funcionamiento de cada carro de parada/4 trimestres x100
Estándares de calidad:100%.Fuente de datos:Hoja de registro de control externo de carros de parada
-Cumplimiento de Control externo de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de los carros de parada
Nº de controles externos de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de cada carro de parada/4 trimestres x100
Estándares de calidad:100%.Fuente de datos:Hoja de registro de control externo de carros de parada

DURACIÓN
Fecha de inicio:Enero 2017.Fecha de finalización:Diciembre 2017
Equipo médico y enfermería de la UCI
Cursos de formación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0343

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE "NO HACER" RX DE TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION VALDOVINOS MAHAVE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEDINA VIVAS SEBASTIAN
TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS
FERNANDEZ GONZALEZ MARIA CARMEN
DE LA CRUZ ROSARIO LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se realizó una revisión de las recomendaciones de buenas prácticas de la SEMICYUC (Sociedad Española de Cuidados Intensivos) y SAR (Sociedad Española de Radiología)
- Se desarrolló un protocolo de indicación de realización de Rx de tórax en pacientes ingresados en UCI.
- Se realizaron reuniones con el personal médico de la UCI para incorporar este protocolo de petición de Rx de tórax
- Se realizó un registro de las peticiones de Rx tórax de pacientes ingresado en UCI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado ha sido satisfactorio, disminuyendo el número de Rx tórax innecesarias en los pacientes ingresados en UCI, y que no aportaban valor tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de los pacientes

Indicadores:
1.- Pacientes a los que se les solicita Rx tórax cumpliendo criterios de indicación del protocolo / Total de pacientes a los que se les solicita Rx tórax x 100
Estándar de calidad: 90%
Objetivo conseguido 100%

2.- Registros cumplimentados / Total de pacientes a los que se les realiza RX tórax x 100
Estándar de calidad: 100%
Objetivo conseguido 100%

3.- Personal médico que asiste a las sesiones clínicas de formación/Total de personal médico de la UCI x 100
Estándar de calidad: 100%
Objetivo conseguido 100%

Fuente de datos: Registro en el Sistema Clínico de Información de la UCI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha del proyecto ha supuesto una mejora en la adecuación de las peticiones de Rx de tórax de los pacientes ingresados en la UCI
Es necesario informar al personal que se incorpore a la UCI sobre la pertinencia del protocolo de buenas prácticas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/343 ===== ***

Nº de registro: 0343

Título
IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE "NO HACER" RX TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, MONTON DITO JOSE MARIA, TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS, MEDINA VIVAS SEBASTIAN, FERNANDEZ GONZALEZ MARIA CARMEN, DE LA CRUZ ROSARIO LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0343

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE " NO HACER" RX DE TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Importancia y Utilidad del proyecto: En las unidades de cuidados intensivos (UCI) se realizan muchas radiografías de tórax rutinarias como complemento al examen del enfermo crítico. La justificación de su realización estaba en la alta prevalencia de hallazgos en el enfermo de UCI. Sin embargo, la interpretación de los estudios que avalaban su realización es dudosa, ya que hay grandes diferencias de metodología y trabajos recientes de las Sociedades de Medicina Intensiva y de Radiología demuestran su poca utilidad como medio que permita realizar cambios terapéuticos. Esto implica que exista un exceso de exploraciones que podrían evitarse, teniendo en cuenta: el exceso de radiación evitable, el tiempo perdido en exploraciones innecesarias y el gasto hospitalario. La práctica clínica de "no hacer" Rx tórax diaria constituye un indicador de calidad asistencial y de seguridad del paciente crítico. Situación de partida: Falta de estandarización de la realización de Rx de tórax en nuestra UCI. Causas: Falta de protocolos de actuación. Falta de registros sistematizados. Fuentes de información: Historias clínicas. Revisión de publicaciones relacionadas con el tema. La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming en el Grupo de Calidad de la UCI. El Método de priorización empleado ha sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

RESULTADOS ESPERADOS

-Instaurar un Protocolo de indicación de realización de Rx de tórax a los pacientes ingresados en la UCI, siguiendo las recomendaciones de buenas prácticas clínicas de las Sociedades de Medicina Intensiva y de Radiología. -Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad, disminuir la variabilidad en la práctica clínica, incrementar la seguridad y mejorar la calidad asistencial. -Sistematizar la información y elaborar Registros. E incorporar todo ello al sistema de informatización clínica de la UCI. -Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de realizar mejoras en el protocolo según los resultados de la monitorización de los indicadores. -Optimizar la gestión de los recursos humanos y económicos. -Ayuda a profesionales de nueva incorporación.

MÉTODO

-Instaurar un Protocolo de indicación de realización de Rx de tórax a los pacientes ingresados en la UCI, siguiendo las recomendaciones de buenas prácticas clínicas de las Sociedades de Medicina Intensiva y de Radiología. -Incorporar el Protocolo al sistema de gestión de información clínica de la UCI. -Elaborar un sistema de Registro de cumplimiento del Protocolo (de los enfermos a los que se les solicita Rx tórax y su justificación clínica) e incorporarlo al sistema informático. -Realizar difusión del Protocolo a través de Sesiones clínicas a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación. -Diseño de Indicadores y Monitorización de los mismos. -Responsables: Equipo médico.

INDICADORES

-Nº de pacientes a los que se les solicita Rx tórax cumpliendo criterios de indicación del Protocolo/Total de pacientes a los que se les solicita Rx tórax
Estándar de calidad: 90%
Fuente de datos: Registro en Sistema clínico de información.
-Registros cumplimentados/Total de pacientes a los que se les realiza Rx tórax x 100
Estándar: 100%
Fuente de datos: Registro en Sistema clínico de información.
-Personal médico que asiste a las sesiones clínicas de formación/Total de personal médico de la UCI x100
Estándar: 100%
Fuente de datos: Registro en Sistema clínico de información.

Monitorización y revisión del cumplimiento de los indicadores cada 3 meses.

DURACIÓN

Fecha de inicio: Febrero 2018. Fecha de finalización: Marzo 2019.
Elaboración y difusión del proyecto: Febrero 2018.
Puesta en marcha del proyecto: Marzo 2018.
Análisis final de resultados: Marzo 2019.
Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0343

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE " NO HACER" RX DE TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

resultados y las áreas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0346

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE MARIA MONTON DITO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION
MEDINA VIVAS SEBASTIAN
TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS
PEREZ MARTINEZ CARMEN
MARQUES MINGUEZ ISABEL
TORNERO CARRIO JULIA
FUERTES CATALAN MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se realizó una revisión de las Guías Española, Europea y Americana sobre nutrición del paciente crítico, haciendo una valoración de las recomendaciones según niveles de evidencia.
- Se desarrolló un guía de práctica clínica nutricional para el paciente que ingresa en UCI, según las recomendaciones de las guías anteriores.
- Se incorporó dicha guía al Sistema de Información Clínica (SIC) de la UCI.
- Se desarrolló una "vista" en dicho SIC, que facilitara el cálculo de las necesidades nutricionales del paciente, aconsejara el tipo de dieta a prescribir y realizara un seguimiento diario de los objetivos calóricos y proteicos alcanzados.
- Se realizaron reuniones con el personal de la UCI para incorporar esta guía y el posterior seguimiento nutricional de los pacientes durante su ingreso en UCI

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado ha sido satisfactorio, mejorando la concienciación en el personal sanitario de la UCI sobre la necesidad de una adecuada nutrición del paciente crítico; disponiendo de una herramienta informática para realizar los cálculos nutricionales, el tipo de nutrición requerida y el seguimiento del estado nutricional del paciente.

Indicadores:

1.- Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la Guía clínica y se les aplica / Total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la Guía x 100

Estándar de calidad: 90%

Objetivo conseguido 100%

2.- Registros cumplimentados / Total de pacientes a los que se les aplica la Guía x 100

Estándar de calidad: 100%

Objetivo conseguido 100%

3.- Personal médico y de enfermería que realiza el curso de formación/Total de personal médico y de enfermería de la UCI x 100

Estándar de calidad: 100%

Objetivo conseguido 100%

Fuente de datos: Registro en el Sistema Clínico de Información

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha del proyecto ha supuesto una mejora en la adecuación nutricional y seguimiento de los pacientes de la UCI

Es necesario informar al personal que se incorpore a la UCI sobre la pertinencia del proyecto y las posibilidades del SIC.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/346 ===== ***

Nº de registro: 0346

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0346

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Título
IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
MONTON DITO JOSE MARIA, VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, MEDINA VIVAS SEBASTIAN, TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS, PEREZ MARTINEZ CARMEN, MARQUES MINGUEZ ISABEL, TORNERO CARRIO JULIA, FUERTES CATALAN MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que precisan soporte nutricional
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Importancia y Utilidad del proyecto: Hay suficiente evidencia de que el inadecuado soporte nutricional en el paciente crítico es un factor de riesgo independiente de morbilidad, con aumento de la tasa de infecciones, estancia en UCI y hospital, días de ventilación mecánica, dificultad para la cicatrización de las heridas; y de aumento de la mortalidad. Por todo ello, la valoración del riesgo nutricional, la estandarización de las indicaciones de soporte nutricional según la patología, la monitorización nutricional y la detección precoz y manejo de las posibles complicaciones, constituyen indicadores de calidad asistencial del paciente crítico.
Situación de partida: Falta de estandarización de la valoración y monitorización nutricional en nuestra UCI.
Causas: Falta de protocolos de actuación. Falta de registros sistematizados.
Fuentes de información: Historias clínicas. Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.
La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming en el Grupo de Calidad de la UCI. El Método de priorización empleado ha sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

RESULTADOS ESPERADOS

-Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos una Guía de práctica clínica nutricional, siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Europeas y Americanas de Medicina Intensiva y de Nutrición. Estandarizando la valoración de riesgo nutricional y del estado nutricional, las indicaciones de soporte nutricional y la monitorización; y todas las medidas y actividades a realizar. Unificando criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica. -Alcanzar los objetivos calóricos y proteicos indicados en las primeras 72 horas de su ingreso en UCI. -Sistematizar la información y elaborar Registros. E incorporar todo ello al sistema de informatización clínica de la UCI. -Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de la Guía. -Ayuda a profesionales de nueva incorporación.

MÉTODO

Elaborar una Guía de práctica clínica nutricional que contemple diferentes aspectos como son: -Estandarizar el momento de indicación y qué herramientas se utilizarán, para la valoración de riesgo nutricional y de estado nutricional al ingreso y la monitorización nutricional semanal durante su estancia en UCI. -Individualizar las necesidades nutricionales y el tipo de soporte nutricional y vía de administración, en dependencia de la patología de ingreso y su estado metabólico. -Cálculo de los objetivos calóricos y proteicos; y alcanzar el 80% en las primeras 72 horas de su ingreso en UCI. -Establecer, de acuerdo con laboratorio, un perfil analítico nutricional; que se realizará al ingreso y semanalmente. -Protocolizar la identificación de las posibles complicaciones para detectarlas y tratarlas precozmente. -Inclusión en el informe de alta, de la información sobre la valoración nutricional, resultados de su monitorización y los procedimientos de soporte nutricional (nutrición parenteral, nutrición enteral, suplementos, nutrición complementaria) que ha recibido el enfermo. -Incorporar la Guía clínica al sistema de gestión de información clínica de la UCI. -Elaborar un sistema de Registro de cumplimiento de la Guía e incorporarlo al sistema informático. -Realizar Cursos de formación a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación. -Diseño de Indicadores y Monitorización de los mismos.
-Responsables: Equipo médico y de enfermería.

INDICADORES

-Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la Guía clínica y se les aplica / Total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la Guía Clínica x 100
Estándar de calidad: 90%
Fuente de datos: Registro en sistema clínico de información
-Registros cumplimentados / Total de pacientes a los que se les aplica la Guía clínica x 100
Estándar de calidad: 100%
Fuente de datos: Registro en sistema clínico de información
-Personal médico y de enfermería que realiza el curso de formación / Total de personal médico y de enfermería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0346

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

de la UCI x100

Estándar de calidad:100%

Fuente de datos:Registro en sistema clínico de información

Monitorización y revisión del cumplimiento de los indicadores cada 3 meses.

DURACIÓN

Fecha de inicio: Febrero 2018.Fecha de finalización: Marzo 2019.

Elaboración y difusión del proyecto: Febrero 2018

Puesta en marcha del proyecto: Marzo 2018

Análisis final de resultados: Marzo 2019

Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0407

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE MANEJO DE NUTRICION ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ENCARNA MONFORTE ZAFON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ MARTINEZ CARMEN
SANCHEZ MOYA MARIA PILAR
LOPEZ OLIVAS SOLEDAD
PASTOR PEREZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se realizó una revisión de las Guías Española, Europea y Americana sobre Nutrición Enteral en el paciente crítico y se desarrolló un protocolo de manejo de N. Enteral, siguiendo las recomendaciones de la guías.
- Se realizó un protocolo sobre indicación, técnicas de colocación y manejo de los diferentes tipos de sondas de N. Enteral. Se llegó a un consenso sobre la definición y manejo del Volumen de Residuo Gástrico
- Se realizó una revisión y protocolización sobre la administración de fármacos a través de SNG
- Se incorporó dicho protocolo al Sistema de Información Clínica (SIC) de la UCI
- Se registró el cumplimiento del protocolo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado ha sido satisfactorio, unificando el manejo de la N. Enteral y de los diferentes tipos de sondas de N. Enteral; así como la administración de fármacos a través de SNG.
Se ha conseguido unificar los criterios y manejo del Volumen de Residuo Gástrico

Indicadores:

1.- Pacientes que cumplen criterios de inclusión en el protocolo de manejo de N. Enteral y se les aplica / Total de pacientes que cumplen criterios de inclusión en protocolo x 100
Estándar de calidad: 90%
Objetivo conseguido 100%

2.- Registros cumplimentados / Total de pacientes a los que se les aplica el protocolo x 100
Estándar de calidad: 100%
Objetivo conseguido 100%

3.- Personal médico, de enfermería y TCAE que realiza el curso de formación / Total de personal médico, de enfermería y TCAE de la UCI x 100
Estándar de calidad: 100%
Objetivo conseguido 100%

Fuente de datos: Registro en el Sistema Clínico de Información de la UCI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha del proyecto ha supuesto una mejora en manejo de la N. Enteral en los pacientes ingresados en la UCI
Es necesario formar al personal que se incorpore a la UCI sobre la existencia de este protocolo de N. Enteral y manejo de sondas enterales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/407 ===== ***

Nº de registro: 0407

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE NUTRICION ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
MONFORTE ZAFON ENCARNACION, PEREZ MARTINEZ CARMEN, MONTON DITO JOSE MARIA, VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, SANCHEZ MOYA MARIA PILAR, SANCHEZ SANCHEZ MARIA, LOPEZ OLIVAS SOLEDAD, PASTOR PEREZ MARIA JOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0407

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE MANEJO DE NUTRICION ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Soporte nutricional enteral
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Importancia y Utilidad del proyecto:

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) los pacientes presentan estados catabólicos intensos y un grado elevado de estrés. Se ha constatado que el inadecuado soporte nutricional se asocia con un aumento de la morbilidad y de la mortalidad, ya que esta situación conlleva alteraciones bioquímicas, un rápido descenso del peso corporal, masa muscular e inmunidad. Diferentes estudios clínicos confirman que la nutrición enteral (NE) preserva la estructura y función de la mucosa gastrointestinal manteniendo su efecto de barrera, puede evitar o reducir la translocación bacteriana, disminuir la respuesta catabólica y reducir la tasa de infecciones en el paciente crítico.

Debe primar la elección de la NE sobre la parenteral siempre que sea posible debido a que genera menos complicaciones, es más fácil de administrar, controlar y preparar, es menos traumática y mejor tolerada por el paciente.

Situación de partida: Falta de estandarización de la indicación, valoración y monitorización del soporte de NE en nuestra UCI.

Causas: Falta de protocolos de actuación. Falta de registros sistematizados.

Fuentes de información: Historias clínicas. Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.

La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming en el Grupo de Calidad de la UCI. El Método de priorización empleado ha sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

RESULTADOS ESPERADOS

-Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos un Protocolo de manejo de NE, siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Europeas y Americanas de Medicina Intensiva y de Nutrición. Estandarizando la valoración nutricional, las indicaciones de la NE, la vía de administración, la monitorización y la prevención, detección precoz y tratamiento de las posibles complicaciones y todas las medidas y actividades a realizar. Unificando criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica. -Alcanzar el 80% de los objetivos calóricos y proteicos indicados en las primeras 72 horas de su ingreso en UCI. -Sistematizar la información y elaborar Registros. E incorporar todo ello al sistema de informatización clínica de la UCI. -Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión del Protocolo. -Ayuda a profesionales de nueva incorporación. -Mejorar la calidad asistencial y la seguridad clínica.

MÉTODO

Elaborar un Protocolo de manejo de NE que contemple diferentes aspectos como son: -Estandarizar las herramientas que se utilizarán para la valoración de riesgo nutricional y de estado nutricional al ingreso y la monitorización nutricional semanal durante su estancia en UCI. -Individualizar las necesidades nutricionales y el tipo de soporte nutricional enteral y vía de administración, en dependencia de la patología de ingreso y su estado metabólico. -Cálculo de los objetivos calóricos y proteicos; y alcanzar el 80% en las primeras 72 horas de su ingreso en UCI. -Indicar los tipos de sondas de alimentación y sus indicaciones, las técnicas de colocación y manejo. -Valoración de la tolerancia. -Protocolizar la prevención, la identificación precoz y el tratamiento de las posibles complicaciones. -Protocolizar la administración de fármacos a través de la sonda de NE. -Inclusión en el informe de alta de la información sobre: la valoración nutricional, el tipo de NE, la tolerancia, los resultados de su monitorización y la aparición de posibles complicaciones y su tratamiento. -Incorporar el Protocolo al sistema de gestión de información clínica de la UCI. -Elaborar un sistema de Registro de cumplimiento del Protocolo e incorporarlo al sistema informático. -Realizar Cursos de formación a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación. -Diseño de Indicadores y Monitorización de los mismos. -Responsables: Equipo médico y de enfermería.

INDICADORES

-Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Protocolo de manejo de NE y se les aplica/Total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Protocolo x 100
Estándar de calidad: 90%

Fuente de datos: Registro en sistema clínico de información

-Registros cumplimentados/Total de pacientes a los que se les aplica el Protocolo x 100

Estándar de calidad: 100%

Fuente de datos: Registro en sistema clínico de información

-Personal médico y de enfermería que realiza el curso de formación/Total de personal médico y de enfermería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0407

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE MANEJO DE NUTRICION ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

de la UCI x100
Estándar de calidad:100%
Fuente de datos:Registro en sistema clínico de información
Monitorización y revisión del cumplimiento de los indicadores cada 3 meses.

DURACIÓN
Fecha de inicio: Febrero 2018
Fecha de finalización: Marzo 2019
Elaboración y difusión del proyecto: Febrero 2018
Puesta en marcha del proyecto: Marzo 2018
Análisis final de resultados: Marzo 2019
Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0218

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO ANTIBIÓTICO (PROA) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION VALDOVINOS MAHAVE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONTON DITO JOSE MARIA
TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS
MEDINA VIVAS SEBASTIAN
DE LA CRUZ ROSARIO LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboramos Protocolos de estandarización de los criterios diagnósticos (clínicos y de recogida de muestras), y de manejo de tratamiento antibiótico para las infecciones en UCI, tras la revisión de las Guías Clínicas y dentro de los Proyectos de Infección Nosocomial Zero de nuestra Sociedad de Medicina Intensiva, incorporándolos al Sistema Informatizado de Gestión Clínica (SIGC).
-Creamos un Sistema de Registro de: Infecciones/colonizaciones intra/extraUCI, gérmenes aislados con sensibilidades antibióticas, monitorización de aparición de gérmenes multirresistentes, criterios y tipos de aislamientos, monitorización de dispositivos invasivos (catéteres, sonda vesical, ventilación mecánica), y tratamiento antibiótico prescrito; todo ello integrado en el SIGC.
-Realizamos Sesiones Clínicas de difusión del Proyecto para el personal médico y de enfermería de la UCI.
-Diseñamos una serie de Indicadores de monitorización utilizando el Sistema de explotación de datos del SIGC.
-Y tras el análisis de los resultados, hemos implementado medidas de mejora de procedimientos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Analizando los datos registrados en el año 2019 mediante el SIGC. Se incluyeron un total de 311 pacientes. La edad media fue de 70 años. La mediana de APACHE II 17. El motivo de ingreso en un 80% médico. La duración de la estancia en UCI fue de 4,1 días.

Los resultados de la monitorización de la infección nosocomial fueron: 2 pacientes con Bacteriemia secundaria a infección por catéter venoso central (CVC) (1 Enterococcus faecium y 1 Staphylococcus coagulasa negativo). Lo que supone 2,35 bacteriemias por 1000 días de CVC. 1 paciente con Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) (polimicrobiana por E. Coli y S. Aureus). Lo que significa 2,75 Neumonías por 1000 días de VM.

3 pacientes con Traqueobronquitis asociada a VM por Staphylococcus coagulasa negativo, Citrobacter freundii y Enterobacter cloacae.

1 paciente con infección por Clostridium difficile.

Ninguna infección relacionada con sonda uretral. Y ninguna infección nosocomial por germen multirresistente intraUCI.

Los resultados de infección nosocomial y de multirresistencia están muy por debajo de los estándares nacionales, y de los obtenidos en el año 2018 en nuestra UCI.

En cuanto al resto de los Indicadores monitorizados: el 100% de los pacientes que ingresaron con criterios de infección cumplieron el protocolo de recogida de muestras. El 90% de los pacientes fueron tratados a su ingreso de acuerdo con los protocolos de tratamiento antibiótico empírico establecido. En el 85% de los pacientes se realizó ajuste antibiótico según resultados de los cultivos. En el 100% de los casos se realizó ajuste según función renal. En el 85% de los casos la duración del tratamiento fue la adecuada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De acuerdo con el resultado de los Indicadores monitorizados, hemos introducido una serie de estrategias de mejora: Check-list de revisión de necesidad de continuidad de los dispositivos invasivos (catéteres, sonda vesical, ventilación mecánica) y posibilidad de realizar ventana de sedo-relajación, de la necesidad de continuidad del tratamiento antibiótico y de la oportunidad de desescalamiento según los resultados microbiológicos, ajuste de dosificación si insuficiencia renal, valoración de paso a vía oral; que se cumplimenta en la reunión del equipo médico y de enfermería de pase de guardia.

Todo ello ha servido para unificar los criterios de actuación de los trabajadores de la unidad y disminuir la variabilidad clínica, estandarizando el manejo de los pacientes al establecer unos criterios de diagnóstico de infección y de selección, dosificación, vía de administración y duración del tratamiento antibiótico. Hemos disminuido la incidencia de infección nosocomial y de gérmenes multirresistentes en la UCI. Así pues, con todo ello se ha mejorado la calidad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/218 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0218

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO ANTIBIÓTICO (PROA) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Nº de registro: 0218

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO ANTIBIOTICO (PROA) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "OBISPO POLANCO" DE TERUEL

Autores:
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, MONTON DITO JOSE MARIA, MEDINA VIVAS SEBASTIAN, DE LA CRUZ ROSARIO LAURA ESTHER, TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

-El gasto antibiótico supone hasta un 50% del gasto farmacéutico de la UCI. Aproximadamente un 45% de los pacientes ingresados en UCI reciben antibióticos.
-Los principios generales que rigen la administración de antibióticos en las UCI aconsejan empezar precozmente por una pauta empírica de amplio espectro, ante el riesgo de no cubrir adecuadamente todos los gérmenes. Sin embargo, esta terapia inicial con frecuencia no es revisada contribuyendo a un uso inapropiado de los antibióticos y a un aumento de resistencias microbianas.
-Las infecciones nosocomiales afectan hasta un 30% de los pacientes en la UCI, con un riesgo entre 5 a 10 veces más alto comparado con pacientes no ingresados en la UCI. Hasta un 70% de las infecciones nosocomiales son causadas por gérmenes resistentes al menos a un antibiótico. Este tipo de pacientes precisan estancias hospitalarias más largas y tratamientos más agresivos, con una mayor morbilidad y aumento de costes.
-La implantación de un Programa de optimización de uso antibiótico (PROA) tiene como objetivos: estandarizar el manejo de los pacientes siguiendo protocolos basados en la evidencia, establecer unos criterios de selección, dosificación, vía de administración y duración del tratamiento antibiótico. Todo ello sirve para mejorar los resultados clínicos, minimizar los eventos adversos, disminuir el uso antibiótico, la selección de gérmenes, la resistencia antibiótica y el consumo de recursos sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Estandarizar el manejo de los pacientes que precisan tratamiento antibiótico.
- Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos Guías de práctica clínica de tratamiento antibiótico de las infecciones, siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Españolas de Medicina Intensiva y de Enfermedades infecciosas y de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas y el grupo PROA del hospital
- Sistematizar la información y facilitar los registros de las actividades encaminadas a la optimización del uso antibiótico en el sistema de información clínica (SIC) de la UCI. (Recogida de cultivos precoz, administración temprana de antibióticos siguiendo recomendaciones PROA, posterior ajuste en función de cultivos y CMI, ajuste dosificación en función de farmacocinética, monitorización de duración de tratamiento, paso a vía oral si hay indicación).
- Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial.
- Reducir la aparición eventos adversos: toxicidad por tratamiento antibiótico, infecciones nosocomiales y gémenes multirresistentes.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación.
- Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas adoptadas para optimizar el uso antibiótico

MÉTODO

- Estandarizar los criterios diagnósticos de las infecciones.
- Ofrecer a los facultativos los protocolos de manejo de tratamiento antibiótico elaborados por el grupo PROA del hospital para las infecciones en UCI.
- Sistematizar y registrar las medidas de optimización del tratamiento antibiótico.
- Monitorizar la selección de gérmenes, la aparición de gérmenes multirresistentes y la infección nosocomial.
- Sesiones de formación al personal de UCI y a los de nueva incorporación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0218

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO ANTIBIÓTICO (PROA) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

INDICADORES

- N° pacientes que cumplen protocolo para recogida de muestras / N° total de pacientes que ingresan con criterios de infección x 100
Estándar de calidad: 100%
- N° pacientes que siguen pauta tratamiento antibiótico según Guías Clínicas / N° total de pacientes que ingresan con criterios de infección x 100
Estándar de calidad: 100%
- N° pacientes con ajuste antibiótico según cultivo y CMI / N° total de pacientes con cultivo positivo x 100
Estándar de calidad: 100%
- N° pacientes con ajuste según función renal / N° pacientes con tratamiento antibiótico x 100
Estándar de calidad: 100%
- N° pacientes con adecuada duración de tratamiento antibiótico / N° pacientes con tratamiento antibiótico x 100
Estándar de calidad: 100%

DURACIÓN

- Fecha de inicio: Marzo 2019
- Fecha de finalización: Febrero 2020
- Elaboración y difusión del proyecto: Marzo - Abril 2019
- Puesta en marcha del proyecto: Mayo 2019
- Reuniones cada tres meses del grupo de mejora para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.
- Análisis final de resultados: Febrero 2020

Responsables

- Equipo médico de UCI

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0220

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS Y DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN PEREZ MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION
MONTON DITO JOSE MARIA
TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS
FUERTES CATALAN TERESA
GIMENEZ MORA ROSA
SANCHEZ SANCHEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Constituimos un Grupo de Seguridad Clínica en la UCI formado por miembros del equipo médico y de enfermería.-Elaboramos un Protocolo de: Identificación de Acontecimientos Adversos (AA), en el que definimos los conceptos de: cuasi-incidente, incidente, evento adverso y evento centinela; y Análisis de los AA (estableciendo un sistema de prioridad de análisis según la gravedad asignada).-Creamos un Sistema de Registro integrado en el Sistema Informatizado de Gestión Clínica (SIGC) en la UCI.-Realizamos Sesiones Clínicas de difusión del Proyecto para el personal médico y de enfermería de la UCI.-Desde el mes de mayo de 2019 se ha implementado en nuestro Hospital el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del paciente (SiNASP) impulsado por el Ministerio de Sanidad, comenzando con Sesiones de formación on-line y presenciales. Por lo que todo el personal de nuestro Servicio ha realizado el Curso on-line del Ministerio, y hemos incorporado el acceso web al SiNASP a nuestro sistema de gestión clínica. Así pues, con ello unificamos nuestro registro de AA al de todo el hospital.-Hemos diseñado una serie de indicadores para monitorizar el proyecto, utilizando el Sistema de explotación de datos del SIGC.-Y tras el análisis de los AA por el Grupo de Seguridad de la UCI, hemos implementado medidas de prevención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Analizando los datos registrados en el año 2019 mediante el SIGC.Se incluyeron un total de 311 pacientes. Se notificaron 105 incidentes en 65 pacientes.La edad media fue de 70 años.La mediana de APACHE II 17.El motivo de ingreso en un 80% médico.La duración de la estancia en UCI de 4,1 días.La mayoría de los incidentes ocurrieron durante el día.Los principales tipos de incidentes se relacionaron con: errores con la medicación (28%),fallos de aparatos o equipos (15%),infecciones nosocomiales (13%),tubos, catéteres y drenajes (10%), fallo en el manejo de la vía aérea (10%), errores diagnósticos (10%), procedimientos invasivos (9%) y de cuidado de los pacientes (5%).El 20% de los incidentes fueron incidentes sin daño y un 80% incidentes con daño o eventos adversos (EA).La severidad de los EA:12% menores (mínimo daño, no requirieron tratamiento), 55% moderados (daño que requirió tratamiento) y 33% severos (daño a largo plazo),ninguno causó la muerte.El 85% se consideraron evitables o potencialmente evitables.Los principales factores contribuyentes estuvieron relacionados con:la comunicación,el trabajo en equipo,la educación y el entrenamiento,los profesionales y las condiciones de trabajo.Se introdujeron una serie de planes de mejora:Revisión,elaboración e implementación de guías y check-lists.Introducción de estrategias de prevención como reuniones programadas de entrenamiento con el aparataje.Promoción del trabajo en equipo y la comunicación para optimizar el cuidado de los pacientes.Adecuación de las cargas de trabajo.Todo ello con el objetivo de reducir el riesgo para el paciente y estandarizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos y cuidados del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Alcanzamos los objetivos de los estándares marcados en los indicadores medidos:analizamos todos los AA acontecidos y realizamos un registro completo de los mismos en el formulario integrado en el SIGC y desde el mes de octubre también en el SiNASP.Todo ello ha servido para:Unificar los criterios de actuación de los trabajadores de la unidad y disminuir la variabilidad clínica,estandarizando todas las medidas y actividades de detección, notificación y análisis de los AA.Establecer medidas de prevención,cambiando tareas y procedimientos.Y generar una cultura de preocupación por la seguridad en la UCI,mejorando la calidad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/220 ===== ***

Nº de registro: 0220

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0220

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS Y DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE RIESGOS CLINICOS Y DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "OBISPO POLANCO" DE TERUEL

Autores:

PEREZ MARTINEZ MARIA DEL CARMEN, MONTON DITO JOSE MARIA, VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS, MONFORTE SORIANO ENCARNACION, FUERTES CATALAN MARIA TERESA, GIMENEZ MORA ROSA, SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patologia como consecuencia del efecto adverso
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- En los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) la complejidad y gravedad de los enfermos, las múltiples interacciones entre el enfermo y los profesionales, la frecuencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos nuevos e invasivos, la utilización de múltiples fármacos, el stress y la fatiga de los profesionales y la necesidad de una comunicación estrecha entre los diferentes profesionales, hace que los enfermos críticos se encuentren en un ambiente de alto riesgo para que ocurran acontecimientos adversos (AA).
- Uno de los indicadores más importantes de la seguridad del enfermo es el índice de acontecimientos adversos (AA) relacionados con la práctica de la medicina
- Actualmente el Ministerio de Sanidad y Consumo está desarrollando un sistema de notificación y registro de incidentes y eventos (SiNASP), cuyo objetivo es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Estandarizar todas las medidas y actividades de detección, notificación y análisis de los AA.
- Sistematizar la información y facilitar la identificación y registro de los AA.
- Crear un sistema de registro en el sistema de información clínica (SIC) de la UCI de los distintos AA, según SINAPS

- Facilitar el análisis y la revisión de los AA monitorizados y del impacto de las intervenciones sobre su incidencia.
- Establecer medidas de prevención.
- Conocer y analizar la incidencia y prevalencia de los AA en la UCI del Hospital "Obispo Polanco" de Teruel, para comparar con estándares de calidad.
- Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de la aparición de AA.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación.
- Generar una cultura de preocupación por la seguridad en la UCI.

MÉTODO

- Definir concepto de acontecimiento adverso.
- Instaurar un protocolo de identificación y notificación de los AA y su registro en el SIC.
- Implantar una metodología de análisis de AA (cuándo y cómo se han producido, cómo se han detectado, qué factores han influido en su aparición o han limitado sus consecuencias).
- Establecer un sistema de valoración de la magnitud e importancia de los AA según el sistema del SINAPS.
- Monitorización de los indicadores.
- Puesta en marcha de una política de prevención.
- Formación inicial y continuada del personal en el sistema de gestión del riesgo clínico (detección, notificación, análisis y prevención).

INDICADORES

- nº de pacientes con acontecimientos adversos analizados / nº pacientes ingresados en UCI con acontecimientos adversos x 100
Estándar: 100%

- nº de pacientes con registro completo de acontecimientos adversos / nº pacientes ingresados en UCI con acontecimientos adversos x 100
Estándar: 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0220

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS CLÍNICOS Y DE SEGURIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fuente de datos:

- Historia clínica
- Hoja de registro de AA (Vista de "eventos" del SIC)

DURACIÓN

- Abril 2019: Elaboración y difusión proyecto
- Mayo - Junio 2019: Puesta en marcha del proyecto
- Reuniones cada tres meses del grupo de mejora para evaluar el desarrollo del proyecto
- Febrero 2020: Análisis de resultados

Responsables

- Equipo médico
- Equipo de enfermería

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 - 2016/0947

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA PRIMERA CONSULTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS (VIH)

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE CHERPENTIER FONSECA LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ MENDOZA VANESA
LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración del protocolo
Difusión mediante sesión clínica hospitalaria y en Centro de Salud
Atención consultas vía telefónica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el inicio de la implantación del protocolo el 50% de los pacientes remitidos se ajusta a las indicaciones señaladas con una clara tendencia al alza en su cumplimentación

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración de pautas simples y fácilmente comprensibles para la remisión de estos pacientes desde Atención Primaria, con el adecuado estudio clínico/analítico previo, estimula su diagnóstico precoz y la rápida instauración de tratamiento antirretroviral, con la consiguiente reducción de la morbimortalidad, recuperación y preservación de la función inmunológica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/947 ===== ***

Nº de registro: 0947

Título
PROTOCOLIZACION DE LA PRIMERA CONSULTA EN CONSULTA EXTERNA DE INFECCIOSAS

Autores:
FONSECA LOPEZ CHERPENTIER, GRACIA SANCHEZ PILAR, LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER, FERNANDEZ ALAMAN AMALIA INMACULADA, CALPE GIL MARIA JOSE, MUÑOZ MENDOZA VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

En la práctica diaria los médicos tanto de atención primaria como de diferentes especialidades se encuentran con diagnósticos como son infección por el virus de inmunodeficiencia humana, infección por virus de hepatitis B o C los cuales son remitidos a consultas externas de medicina interna para realizar su debidos estudios e iniciar el tratamiento. El problema radica en el tiempo transcurrido desde la realización del diagnóstico hasta que es evaluado adecuadamente, realización de las pruebas necesarias para iniciar el tratamiento. Esto suelen tardar varios meses, este tiempo es valioso para el rápido control y el bienestar del paciente.

En algunos pacientes el comienzo de la terapia antirretroviral es un momento importante. Algunas personas con VIH apenas tienen tiempo de asimilar el resultado positivo de la prueba y ya deben plantearse el hecho de tratarse de por vida, pues su sistema inmunitario se halla muy debilitado. También debemos tener en cuenta la capacidad preventiva del tratamiento antirretroviral evitaba que las parejas heterosexuales de personas con VIH adquirieran la infección.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0947

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA PRIMERA CONSULTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS (VIH)

También debemos de tener en cuenta la infección por virus de hepatitis C ya que actualmente el estándar de tratamiento para la infección crónica es el tratamiento con antivirales de acción directa en pautas libres de interferón que se tolera mucho mejor y la curación llega a ser casi del 100%. En los pacientes que presentan esta infección la evolución es lenta pero al final presenta cirrosis y múltiples complicaciones incluso la muerte por lo cual se debe realizar valoración del estado de la enfermedad y la necesidad de realizar el tratamiento antes que el paciente se encuentre en peligro.

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos una mejora integral de todo el proceso de la derivación de los pacientes a la consulta de infecciosas del Hospital Obispo Polanco realizando una mejora en la atención del paciente y con disminución en el tiempo transcurrido desde la sospecha diagnóstica hasta la realización del tratamiento mas adecuado. El resultado final será la elaboración de un Protocolo para la primer cita en la consulta de infecciosas aplicable a cualquier Hospital de la Comunidad.

MÉTODO

Lo primero es tener conciencia del tiempo que se pierde desde que se realiza la sospecha de infección con la posterior confirmación y después la remisión a la consulta especializada pudiendo pasar varios días o semanas. Después de confirmado el diagnóstico se procede a citar al paciente como primer día en la consulta de infecciosas en donde se realiza un interrogatorio completo con un primer asesoramiento y respuesta a preguntas que afectan de forma profunda la calidad de vida de nuestros pacientes. Posteriormente se solicita una batería de pruebas para saber exactamente la situación clínica del paciente entre los cuales se encuentran analíticas de sangre y pruebas radiológicas las cuales precisan un determinado tiempo que conlleva a una demora en el inicio del tratamiento. Para disminuir el tiempo que transcurre desde la sospecha de infección y la realización de tratamiento eficaz se realizara un protocolo para que los médicos tengan una herramienta adecuada y el paciente asista a la consulta con las pruebas solicitadas y de esta forma disminuir los tramites y el tiempo de espera. Este Se podrá descargar directamente de la página Web de nuestro Hospital (www.opolanco.es) de esta manera todos los médicos de atención primaria y especialistas de nuestra zona podrán saber con total seguridad como remitir el paciente de la mejor forma posible.

El objetivo es poder cuantificar cuantos pacientes nuevos llegan remitidos desde otras especialidades o desde atención primaria con las pruebas indicadas en el protocolo logrando al final la elaboración de una guía-protocolo teniendo en cuenta todos los datos y posible mejoras durante el estudio.

INDICADORES

la recolección de los pacientes como primera cita que haya sido diagnosticados de infección por el virus del VIH e infección por virus de hepatitis C en tiempo real, observando si han sido remitidos con las pruebas diagnósticas solicitadas o si ha habido una demora en el tiempo de diagnóstico hasta realizar tratamiento.

DURACIÓN

El estudio comenzará el 1 de noviembre del 2016, se irá recogiendo y analizando en tiempo real e incorporando los datos en una base de datos realizada en SPSS para tal fin. Al año de comenzar el escrito elaboraremos un resumen de los resultados y la realización de una guía-protocolo de remisión a la consulta de Infecciosas de Medicina interna, extrapolable a toda la Comunidad Autónoma.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0163

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE SERGIO ZABALA LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAURAS HERRANZ MIGUEL ANGEL
GARZARAN TEIJEIRO ANA
LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha recogido información sobre cada solicitud de teleinterconsulta por parte de los médicos de AP demandantes y de cada acto de respuesta dada por parte de los internistas de nuestro hospital que contestan las solicitudes, a lo largo de los 3 primeros trimestres de 2018 conforme al calendario previsto.
- Se ha registrado dicha información en una base de datos ad hoc conforme se iban recogiendo los datos.
- Se ha realizado análisis estadístico descriptivo de los datos y se han plasmado los resultados en documento oportuno en las semanas posteriores a finalizar la recogida de datos de acuerdo con el calendario previsto.
- Se han remitido resultados a la Dirección del HOP y a la Dirección de AP para la difusión de resultados entre los profesionales de AP y de Medicina Interna en los días posteriores a la materialización del documento de resultados, conforme al plazo previsto.
- Se ha efectuado remisión de propuestas de mejora desde Medicina Interna dentro del 4º cuatrimestre del año y mantenido reunión entre profesionales hospitalarios y directivos de ambos niveles, con dos semanas de retraso después de la finalización del año, para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos de mejora factibles, buscando compromisos para llevar a cabo acciones de mejora en el futuro.
- El proyecto se da por finalizado el 16 de enero de 2019 (previsto para el 31/12/2018). La elaboración de la memoria del proyecto se produce dentro del plazo programado, antes de la fecha límite preestablecida (28/02/2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS SEGÚN INDICADORES.

- Indicadores estructurales:
 - = Existencia de formulario de registro de datos:
 - Cumplimiento: Sí.
 - = Existencia de base de datos informática para gestión de los datos.
 - Cumplimiento: Sí.
- Indicadores de proceso:
 - = Número absoluto de registros cumplimentados, por periodos trimestrales:
 - Cumplimiento: Sí.
 - = Porcentaje de registros cumplimentados respecto al total de teleinterconsultas a través de IV, acumulado por periodos trimestrales:
 - Cumplimiento: 100 %.
 - = Número de reuniones entre profesionales y directivos de ambos niveles asistenciales para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos de mejora factibles.
 - Cumplimiento: Sí. 1 reunión física. 2 envíos unidireccionales de materiales para puesta en común sin coincidencia física en un mismo espacio (acciones preestablecidas como equivalentes).
- Indicadores de resultado:
 - = Existencia de documento de resultados de análisis descriptivo de los datos:
 - Cumplimiento: Sí.
 - = Remisión y difusión de resultados:
 - Cumplimiento: Sí (consta la remisión).
 - = Constancia de la búsqueda de compromisos para llevar a cabo proyectos de mejora futuros:
 - Cumplimiento: Sí (consta la búsqueda de compromisos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se genera una disminución de la frecuentación de primeras visitas en las CCEE de MI en la medida que una parte (aprox. un 40%) de las interconsultas virtuales (IV) se resuelven sin tales desplazamientos por parte de los pacientes.
- No siempre se acompaña la solicitud de IV de la información suficiente. Por este motivo, en no pocas ocasiones la respuesta pasa por indicar una consulta presencial posterior para el paciente. Una mejora a considerar en esta línea es que las peticiones de interconsulta virtual desde AP se acompañen de mayor y mejor información acerca del paciente y de sus problemas motivadores de la IV.
- Diez facultativos de AP (aprox. el 11 %) han generado el 43,75 % de las IV del periodo. Este es un hecho a analizar y un potencial campo de mejora. No tenemos conocimiento de la orientación en el abordaje asistencial propio de cada CS. Este sería un aspecto a considerar en común entre ambos niveles asistenciales para buscar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0163

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA

aspectos a mejorar.

- No necesariamente todas las IV con petición de consulta presencial han terminado en ella, ni todas las IV con otras peticiones (valoración de casos para orientación o gestión de procedimientos diagnósticos o terapéuticos) han evitado una consulta presencial. Una potencial mejora en este aspecto es el "afinar" en estas respuestas cruzadas en evitación aún mayor de desplazamientos innecesarios del paciente a la vez que "afinar" en la expectativa del facultativo demandante, mediante una mejor y más fluida información acerca del paciente, el problema que motiva la demanda y las actuaciones asistenciales llevadas a cabo acerca de ello.
- Aun con variabilidad entre las respuestas que los especialistas de MI han dado a las IV, todos ellos han dado indicación de proceder a una consulta presencial en un intervalo porcentual similar predominante sobre otras respuestas, dando consistencia al resultado global. En este aspecto, una acción de mejora potencial puede ser el establecimiento de unos criterios más explícitos y comunes a la hora de emitir sus respuestas.
- Acerca de la calidad de las peticiones de IV, destacar que casi un 12 % del total se han considerado peticiones mal orientadas hacia las CCEE de MI, lo que supone una utilización inadecuada de un recurso (y lo que implica en dedicación y en coste/oportunidad). Pero sobre todo destacar que en casi el 20 % de las IV se ha considerado que ha habido una evaluación clínica previa insuficiente por parte del facultativo de AP antes de proceder a la IV y en casi un 7 % se ha considerado que se ha generado la IV sin una evaluación clínica previa (entre ambas más de un cuarto de las IV emitidas hacia MI). Son estos tres aspectos claramente mejorables. Para ello, el facilitar y el fomentar el acceso a las fuentes de conocimiento clínico-asistencial a través de la inmediatez que proporcionan las herramientas informáticas y proporcionar disponibilidad respecto a procedimientos diagnóstico-terapéuticos procedentes para la asistencia completa en el nivel de la AP, son medidas necesarias e imprescindibles para que los facultativos de ese ámbito asistencial puedan desarrollar su labor con la máxima calidad y motivación.
- De la aportación y puesta en común de las propuestas de mejora emitidas no se han derivado acciones de plasmación en documentos guía de objetivos, planes, proyectos y calendarios que comprometan en la consecución de las mismas mediante liderazgos oportunos para impulsarlas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/163 ===== ***

Nº de registro: 0163

Título
ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA

Autores:
ZABALA LOPEZ SERGIO, SAURAS HERRANZ MIGUEL ANGEL, GARZARAN TEIJEIRO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Enfermedades en general del adulto susceptibles de atención especializada por Medicina Interna.

Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos: Mejora de la Práctica Clínica

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Recientemente se ha puesto en funcionamiento el servicio de Interconsulta Virtual (IV) dentro del sistema de Historia Clínica Electrónica del Servicio Aragonés de Salud. Tras una primera fase de implantación, posteriormente se han canalizado a través de esta herramienta todas las solicitudes tanto de valoración especializada de casos para dar orientación a la actuación de los médicos de familia en Atención Primaria (AP), como de peticiones de consulta presencial para la asistencia especializada (AE) directa al paciente. La oportunidad que nos brindan los registros de dimensionar estos aspectos y aumentar el conocimiento que tenemos sobre ellos para encontrar aquellos factores mejorables de la actividad de interconsulta especializada, que plausiblemente ha de conllevar una mejora de la calidad del servicio prestado por médicos de familia y especialistas a los pacientes de nuestro sector sanitario, nos mueve a proponer este proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0163

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA

RESULTADOS ESPERADOS

· OBJETIVO PRINCIPAL:

Analizar y evaluar la actividad de teleinterconsulta desde AP hacia Medicina Interna General en el sector sanitario del Hospital Obispo Polanco (HOP) de Teruel, buscando oportunidades de mejora.

· OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Establecer un feedback con los médicos de familia de los centros de salud para aumentar su conocimiento de la realidad de la demanda de actividad de AE y las respuestas ofrecidas a través de la herramienta informática de IV en nuestro sector.
- Intercambiar y consensuar propuestas de mejora en aquellos aspectos que puedan identificarse como factibles de mejorar.

MÉTODO

- Recogida de información sobre cada solicitud de teleinterconsulta y de cada acto de respuesta dada por parte de los médicos de AP demandantes y de los internistas de nuestro hospital que contestan las solicitudes.
- Registro de dicha información en una base de datos ad hoc.
- Análisis estadístico de los datos. Plasmación de resultados en documento oportuno.
- Remisión de resultados a la Dirección del HOP, a la Dirección de AP y a los coordinadores de Equipos de AP. Difusión de resultados entre los profesionales de AP y de Medicina Interna.
- Reuniones entre profesionales y directivos de ambos niveles para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos de mejora factibles.
- Búsqueda de compromisos en esas reuniones para llevar a cabo los proyectos de mejora en el futuro.

INDICADORES

- Indicadores estructurales (medios para recogida de información):
 - = Existencia de formulario de registro de datos:
 - Estándar: Sí.
 - = Existencia de base de datos informática para gestión de los datos.
 - Estándar: Sí.
 - Indicadores de proceso:
 - = Número absoluto de registros cumplimentados, por periodos trimestrales:
 - Estándar: Sí se recoge el nº.
 - = Porcentaje de registros cumplimentados respecto al total de teleinterconsultas a través de IV, acumulado por periodos trimestrales:
 - Estándar: > 90 % (acumulado).
 - = Número de reuniones entre profesionales y directivos de ambos niveles asistenciales para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos de mejora factibles.
 - Estándar: = 3 (se consideran equivalentes también acciones de puesta en común de los materiales aun sin coincidencia física en un mismo espacio; si factores externos al equipo impiden la bidireccionalidad, se considerará cumplimentado si hay unidireccionalidad).
 - Indicadores de resultado:
 - = Existencia de documento de resultados de análisis estadístico de los datos:
 - Estándar: Sí.
 - = Remisión y difusión de resultados:
 - Estándar: Sí consta la remisión.
 - = Constancia de la búsqueda de compromisos para llevar a cabo proyectos de mejora futuros:
 - Estándar: Sí consta la búsqueda de compromisos.

DURACIÓN

- Recogida de información sobre solicitudes y respuestas de teleinterconsultas y registro en la base de datos: a lo largo de los 3 primeros trimestres de 2018. Se necesita un tiempo de recogida de datos dilatado para obtener significación en los resultados relativos a centros de salud de menores dimensiones.
- Análisis estadístico de los datos y plasmación de resultados en documento oportuno: en las 3 semanas posteriores a finalizar la recogida de datos.
- Remisión y difusión de resultados: en la semana posterior a la materialización del documento de resultados.
- Reuniones entre profesionales y directivos de ambos niveles asistenciales para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos futuros de mejora factibles buscando compromisos para llevarlos a cabo: en el resto del 4º trimestre de 2018.
- Finalización del proyecto: 31 /12/2018. Plazo de elaboración de la memoria del proyecto: 28/02/2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0163

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0874

1. TÍTULO

ASISTENCIA COMPARTIDA ONCOLOGIA-MEDICINA INTERNA AL ENFERMO ONCOLOGICO HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE SERGIO ZABALA LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAURAS HERRANZ MIGUEL ANGEL
FERRER PEREZ ANA ISABEL
CAÑELLAS MARTORELL JAIME
LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER
GARZARAN TEIJEIRO ANA
FONSECA LOPEZ CHERPENTIER
VILLANUEVA GIMENO MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
No se han realizado las actividades previstas en el Proyecto de Mejora. No se ha producido el Momento 0 del cronograma previsto en el Proyecto de Mejora. No se ha puesto a disposición del Proyecto de Mejora el único recurso solicitado para ello: un efectivo profesional más a incorporar a Medicina Interna para llevar a cabo la actividad asistencial contemplada en el Proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha alcanzado ningún resultado de los marcados como objetivos en el Proyecto de Mejora al no ponerse en marcha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al no ponerse a disposición del equipo de Medicina Interna el efectivo profesional contemplado en el Proyecto de Mejora, aceptado e incorporado al Acuerdo de Gestión por la Dirección de nuestro Hospital y ratificado por el resto de instancias superiores de nuestro Organismo Autónomo, no se ha podido llevar a cabo dicho Proyecto, con la pérdida de oportunidad en la mejora de la atención a prestar a los pacientes oncológicos hospitalizados en nuestro centro. Este Proyecto de Mejora mantiene su vigencia, su factibilidad y su oportunidad en el futuro inmediato si se pone por parte de las instancias directivas de nuestro Organismo Autónomo a disposición del equipo de Medicina Interna (que mantiene su voluntad de llevarlo a cabo) el recurso de un internista para desarrollar las actividades asistenciales en él contempladas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/874 ===== ***

Nº de registro: 0874

Título
ASISTENCIA COMPARTIDA ONCOLOGIA-MEDICINA INTERNA AL ENFERMO ONCOLOGICO HOSPITALIZADO

Autores:
ZABALA LOPEZ SERGIO, SAURAS HERRANZ MIGUEL ANGEL, FERRER PEREZ ANA ISABEL, CAÑELLAS MARTORELL JAIME, LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER, GARZARAN TEIJEIRO ANA, FONSECA LOPEZ CHERPENTIER, VILLANUEVA GIMENO MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
JUSTIFICACIÓN.
El modelo de Asistencia Compartida (Comanagement) implica que dos especialistas diferentes compartan la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0874

1. TÍTULO

ASISTENCIA COMPARTIDA ONCOLOGIA-MEDICINA INTERNA AL ENFERMO ONCOLOGICO HOSPITALIZADO

responsabilidad en la atención del mismo enfermo ingresado. Agiliza la atención médica sin necesidad de interconsulta durante la hospitalización.

El 20% de enfermos con cáncer tiene más de 65 años y otras patologías asociadas.

Los enfermos oncológicos ingresan por infecciones relacionadas con quimioterapia, complicaciones médicas asociadas a progresión de patología oncológica, o de sus comorbilidades.

Un 20% de los pacientes ingresados en Medicina Interna son diagnosticados de neoplasia, precisando evaluación completa para decidir si son candidatos a tratamiento antineoplásico.

Se estima que 8 de cada 10 pacientes oncológicos al final de su enfermedad, una vez desestimado continuar tratamiento antineoplásico, ingresan en Medicina Interna.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS

Mejorar la atención del enfermo oncológico hospitalizado, su calidad de vida y la de sus familiares mediante asistencia compartida entre oncólogos e internistas.

Disminuir interconsultas hacia otras especialidades evitando una asistencia fragmentada, con múltiples indicaciones por diferentes especialistas.

Conseguir una mejor calidad asistencial, disminución del gasto sanitario, y racionalización del uso de los recursos hospitalarios.

Desarrollar, en beneficio del enfermo y su calidad de vida, capacidades específicas para compartir y coordinar decisiones en distintos ámbitos asistenciales del sistema.

MÉTODO

El modelo propuesto asigna al internista como médico responsable, actuando el otro especialista como consultor.

El internista debe tratar enfermedades asociadas según comorbilidades previas y complicaciones médicas relacionadas con el ingreso. Competencia exclusiva del oncólogo son las decisiones acerca del tratamiento antineoplásico, y cuidados más específicos derivados de estos procedimientos.

- Funcionamiento.

Un internista como médico responsable del enfermo oncológico ingresado en jornada laboral de lunes a viernes.

Resto del tiempo, la asistencia dependerá del equipo de guardia del Área Médica a criterio del internista responsable, que facilitará la información y recomendaciones.

A primera hora, reunión con Oncología, para coordinar la actuación en los nuevos pacientes ingresados, y comunicar las evoluciones en los ingresados previamente.

- Procedencia de los enfermos.

I. Paciente ingresado en la Sección de Medicina Interna con diagnóstico de neoplasia durante ese ingreso. Se presentará en Comité de Tumores, para evaluación de actitud terapéutica.

II. Paciente ya diagnosticado, controlado por Consultas de Oncología, en tratamiento activo y remitido para ingreso. Aportará informe que detalle motivo del ingreso, juicio diagnóstico, actitud terapéutica, diagnóstica y pronóstico.

III. Paciente ingresado desde Urgencias, no remitido desde Consultas de Oncología. La asistencia inicial dependerá del equipo de guardia del Área Médica. Tras la asignación al internista, éste comunicará el ingreso a Oncología y se tomarán de forma conjunta las decisiones del tratamiento a seguir.

- Alta y destino de los enfermos.

El informe de alta será consensuado por ambos especialistas, especificando motivo del ingreso, exploraciones complementarias, evolución, diagnóstico y plan de tratamiento. Se estratificará la asistencia posterior al alta según necesidades de niveles de cuidados.

INDICADORES

Monitorización semestral de:

- Número de pacientes con asistencia compartida atendidos.
- Número de reuniones de ambas especialidades para identificar áreas de mejora (3 ó más al año) desde el inicio de la implantación del proyecto.
- Estancia media.
- Éxito durante el ingreso.
- Destino al alta: domicilio, Hospital San José, ESAD.

Criterios de evaluación: Mejora y mantenimiento de indicadores.

DURACIÓN

CRONOGRAMA

Momento 0: Incorporación de un efectivo más en la Sección de Medicina Interna para la atención compartida a pacientes oncológicos hospitalizados.

0+1 día: Reunión para el inicio de la asistencia compartida.

0+6 meses: Análisis intermedio de actividad. Reunión de las partes para valoración de medidas de corrección y mejora.

0+12 meses: Análisis final de actividad y de resultados. Reunión de balance. Medidas de corrección y mejora.

0+13 meses: Memoria final del proyecto.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0874

1. TÍTULO

ASISTENCIA COMPARTIDA ONCOLOGIA-MEDICINA INTERNA AL ENFERMO ONCOLOGICO HOSPITALIZADO

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1210

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA GESTION INTEGRAL DE PREVENCIÓN DE CAIDAS Y POSTERIOR MONITORIZACIÓN DE LAS MISMAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES GOMEZ RUCIO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESCUSA JULIAN MILAGROS
DOÑATE GONZALVO ROSANA
FUERTES CASTILLO SONIA
BARRERA GOMEZ ALEJANDRA
FERNANDEZ ESPARZA CESAR IGNACIO
PEINADO GARCIA JENIFER
CONEJOS MARQUES ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Partimos de unos antecedentes al proyecto y para ello nos remontamos al estudio elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su análisis sobre prevalencia de caídas durante hospitalización con mayor frecuencia en servicios de Medicina Interna, determinó que los sucesos que se producen en el paciente en contra de su voluntad, son en su gran mayoría, totalmente independientes de la patología que presenta al ingresar a una unidad de salud, considerando importante tomar una serie de medidas preventivas que permitan la reducción de estos eventos durante la estancia hospitalaria del paciente. (OMS, 2014, p. 1)

La población que se considera más vulnerable o susceptible a sufrir una caída sin duda alguna, son aquellos que necesitan un apoyo adicional de otra persona o cuidador. En este grupo se incluyen personas de todo tipo de edad sin excepción alguna dependiendo de la patología que tengan, sumándose a este grupo personas con alteraciones psicológicas, físicas y que requieran presencia de otro familiar.

La escala J. H. DOWNTON, validada por la OMS, recoge algunos de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas, se la considera de fácil uso, facilita al personal de Enfermería la identificación en forma oportuna de riesgos a los que está expuesto todo usuario que ingrese a hospitalizarse.

Dicha escala es considerada como una de las más aptas para reducir los factores de riesgo a sufrir una caída y es aceptada a nivel mundial para la aplicación en Unidades Hospitalarias, destacándose por abarcar diferentes grupos de riesgo que provocan al paciente ser susceptible a sufrir un evento adverso como es la caída. Por lo cual, se concluyó que es importante aplicarla de forma correcta como medida de prevención en cada paciente.

Dado que este año 2019, se ha elaborado el documento de Gestión Integral de Caídas para aplicar en todas las Unidades del Hospital Obispo Polanco de Teruel, desde la Unidad de Medicina Interna, se pretende su aplicación y monitorización estricta para conocer las principales causas que potencian el riesgo a sufrirlas en nuestro Hospital, con el fin de poder actuar sobre ellas y disminuir así la incidencia con respecto a años anteriores. Pensamos que es una labor multidisciplinar que requiere de conocimiento e implicación de todo el personal que trabajamos en esta Unidad, siendo cada uno parte responsable e indispensable para evitar el evento adverso y así optimizar la estancia de los pacientes durante su ingreso hospitalario.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

? El proyecto comienza con la elaboración de unos objetivos:

- OBJETIVO GENERAL:

Corroborar la adecuada implementación de la Escala de Downton, reduciendo el riesgo de caídas y los efectos derivados de las mismas dentro del Servicio de Medicina Interna.

-OBJETIVOS ESPECÍFICOS que nos planteamos al inicio y durante todo el proceso de la Valoración:

- Sistematizar la información adecuada sobre el uso de la escala con el fin de que genere seguridad al paciente durante la atención hospitalaria, reduciendo eventos adversos en relación a la aplicación de la Escala de Downton en el paciente por parte del personal de enfermería.

- Determinar la situación real sobre el nivel de conocimientos del personal de la unidad en relación a la escala de Downton.

- Reducir el número de caídas en la Unidad de Medicina Interna, respecto al año anterior.

- Conocer los factores potenciales y reales que intervienen en este efecto adverso, con el fin de influir de manera decisiva en ellos, para que no se produzca la caída.

- Dar a conocer a la totalidad de profesionales que trabajan en nuestra Unidad, el proyecto realizado, las medidas a tomar, conocimiento de escalas para valorar, recursos materiales y personales de los que disponemos... y así hacerlos partícipes en la prevención de caídas. De la misma manera. Y en la medida de lo posible, involucrar al paciente y/o cuidador como parte fundamental a la hora de evitar caídas en el medio hospitalario.

- Establecer un registro estricto de caídas, con el fin de poder determinar de manera exhausta las causas que dieron lugar a la caída. Así estudiar cada caso, para influir en los motivos reales que llevaron al efecto adverso.

? Se establece un calendario y distribución/duración de las Tareas a realizar:

Comienzo del proyecto: 1 de marzo a 31 de diciembre de 2019.

1ª. Marzo: Reunión de los responsables del proyecto para compartir ideas.

2ª Abril: Propuesta del proyecto a la Dirección de Enfermería para su inclusión en el Programa de Gestión de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1210

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA GESTION INTEGRAL DE PREVENCIÓN DE CAIDAS Y POSTERIOR MONITORIZACIÓN DE LAS MISMAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

la Unidad de Medicina Interna 2019.

3ª Junio a Septiembre: Revisión de los datos recogidos hasta la fecha y análisis de incidencias.

4ª Diciembre: Se termina la recogida de datos. Análisis de los mismos. Se sacan las conclusiones.

? Actividades realizadas:

- Al comienzo de la elaboración de este proyecto, se analiza la situación actual y se define la distribución de tareas. Entendiendo todo el grupo la importancia sobre la implicación de todos los miembros en el mismo. Marzo 2019

-Para llevarlo a cabo se decidió realizar un estudio descriptivo transversal del número de caídas en 2019. Periodo de estudio de abril a diciembre. Campo de acción: Riesgo de Caídas. Línea de investigación: Proceso de Atención Integral de Enfermería. Población a estudio: Pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Interna. Muestra evaluada: 223 pacientes, con una edad media de 73 años en varones y 77 años en mujeres.

-Se diseña y se realiza una encuesta a Enfermeras y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, para conocer cuál es el punto de partida del personal sobre los conocimientos acerca de la Escala de Downton. (Anexo 1) Julio 2019. Se pasa encuesta entre el personal de la unidad para conocer el nivel de conocimientos.

-Con los datos recopilados durante los nueve meses de pacientes ingresados en la Unidad, y la utilización del Programa SPSS, se elaboran las tablas y gráficos oportunos para poder recoger y analizar los datos (se registra los recogidos el día de corte).

Indicadores recogidos: nº de pacientes con Downton/ nº de pacientes ingresados.

Medición e Interpretación de los valores del Downton según codificación, considerando (3 o más = Alto Riesgo de caída; 2 = Riesgo de caída medio; 0 a 1 = Bajo Riesgo de caída). (Anexo 2) y (Anexo 3)

Septiembre 2019. Revisión de datos recogidos hasta la fecha y de las incidencias.

Diciembre 2019. Se evalúan todos los datos y se establecen conclusiones, presentadas en este Proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? De la encuesta realizada al Personal de Enfermería de la Unidad, respecto a los conocimientos acerca de la Escala de Downton, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Conocen la Escala de Downton: 60%.
- Saben para que se utiliza y cuál es su finalidad: 55%.
- La han utilizado en alguna ocasión: 65%.
- Si reevalúan durante el ingreso: 50%.

? Entre los datos anuales obtenidos por corte mensual y tras evaluar las caídas, así como las puntuaciones según codificación de Downton en cada uno de los pacientes. Se concluyen los siguientes datos: Se considera que 94 pacientes tienen Downton (>=3) Riesgo Alto. Que 61 pacientes tienen Downton (2) Riesgo Medio y que 64 pacientes tienen Downton (0-1) Riesgo Bajo. Del total de pacientes ingresados el 98,65% tienen evaluado el Downton al ingreso. (Anexo 3)

? Respecto a las caídas producidas en el año 2019 contamos con 4 caídas, un 33,4% menos de caídas respecto al año 2018. Se profundiza en el estudio detallado de los factores posibles desencadenantes de las mismas y se concluye que; 3 de ellas tenían Riesgo Alto de sufrir la caída y una de ellas tenía Riesgo Moderado. Teniendo en cuenta que en 2018, se recogían datos de caídas, pero no se evaluaba el Riesgo de caída, no podemos establecer comparación de los factores potenciales entre ambos años. Únicamente podemos recoger que los factores de riesgo predominantes en el año 2019 recogidos con la utilización de la Escala, han sido los siguientes: El 100% de los pacientes que han sufrido caída, contaban con Deambulación insegura. El 100% presentaban Estado Mental orientado. El 75% presentaban déficits sensoriales. En cuanto al factor predisponente referido a toma de medicamentos, el 75% tomaban hipotensores, el 25% tomaba diuréticos, el 25% tomaba tranquilizantes-sedantes. Ninguno de ellos había tenido caídas previas y todos ellos estaban acompañados. En todos ellos se habían aplicado las medidas preventivas oportunas.

Fuentes de datos utilizados en el estudio: Escala Downton, Hoja de registro de caídas. Hoja de valoración de Enfermería e Historia Clínica del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la Unidad de Medicina Interna del H. Obispo Polanco, al igual que en la mayoría de sus unidades de hospitalización se realiza una valoración integral del paciente según las necesidades Básicas de V. Henderson, a excepción de la Unidad de Agudos de psiquiatría que se realiza la Valoración según M. Gordon. Para conocer el riesgo de caídas y poder anticiparnos a su prevención se utiliza la Escala de Downton, desde 2019, anteriormente únicamente se registraban las caídas producidas.

Vemos la necesidad de elaborar una sesión clínica, para dar a conocer en su totalidad la Escala de Downton y su fundamental puesta en marcha en nuestra Unidad, como medida excepcional para evitar las caídas, ya que los profesionales de Enfermería están involucrados por desempeñar acciones de cuidado, tanto directo como indirecto, que pueden estar asociadas a la presencia de riesgos para la salud del paciente. En los datos estudiados se concluye que un elevado porcentaje de los profesionales desconoce que se tiene que hacer reevaluación de la Escala y en qué momento hacerla.

Las soluciones de esta iniciativa, se dirigen al nivel específico donde el buen diseño del proceso pueda

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1210

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA GESTION INTEGRAL DE PREVENCIÓN DE CAIDAS Y POSTERIOR MONITORIZACIÓN DE LAS MISMAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

disminuir las caídas de los pacientes durante su hospitalización. A su vez, estaríamos mejorando la Seguridad al Paciente, generando un entorno seguro, desarrollando los mecanismos de apoyo que ayuden a disminuir el riesgo de caídas durante la hospitalización y mejorando la mayoría de problemas en diferentes niveles que tienen los pacientes en su estancia en la Unidad de Medicina Interna.

Partiendo de la base necesaria de promover la Seguridad del Paciente durante la hospitalización, consideramos imprescindible que el personal de Enfermería y Técnicos en Cuidados de Enfermería, estén totalmente familiarizados con la Escala, siendo el pilar fundamental para valorar el riesgo de caídas y evitar en gran medida que estas se produzcan. Para ello, y tras este estudio se considera oportuno:

- Realizar una sesión clínica en la Unidad con la totalidad del personal de enfermería, para dar a conocer de manera íntegra los resultados obtenidos.

- Asesorar sobre la correcta aplicación de la Escala en todos los pacientes en el momento del ingreso, así como la reevaluación siempre que se produzca una modificación en su Tto., estado general (tanto físico como mental), o deterioro de salud.

- Actuar directamente sobre todos los factores que sean modificables a nuestro alcance, para prevenir o evitar las caídas en el ingreso (consejos al cuidador y al paciente, informar al personal de Trabajo Social del centro para conocer si es posible contar con apoyo de cuidador en los casos que se consideren con riesgo Medio y Alto, poner a disposición del paciente con riesgo Medio/Alto la utilización de andadores, sillas de ruedas, insistir en la no movilización si no está indicado por prescripción médica o si no está acompañado...)

De esta manera se puede generar una solución parcial, no total; debido a que la problemática del estudio no depende en su totalidad en el conocimiento e importancia del impacto de esta Escala dentro de la Unidad, ya que existen factores ajenos al personal, que se consideran como factores de riesgo casi impredecibles.

Por otro lado se han realizado búsquedas bibliográficas sobre el uso de la Escala de Evaluación del Riesgo de Caídas, se cita especialmente un párrafo de la siguiente revisión, por coincidir con los miembros de este Proyecto en la facilidad de uso de la Escala pero en alguno de los problemas encontrados al aplicarla, posiblemente por desconocimiento del personal. RevCalidAsist.2015;30(4):195--202

"Hay que tener en cuenta que, en general, es difícil predecir con exactitud el riesgo de caídas de los pacientes agudos hospitalizados que se encuentran sometidos a factores de riesgo externos propios del entorno hospitalario, que no son tenidos en cuenta por este ni por ninguno de los instrumentos de valoración existentes. Además, estudios previos sostienen que la valoración del riesgo de caídas solo en el momento del ingreso no captura los cambios en la situación clínica de los pacientes ocurridos durante la hospitalización, siendo bastante frecuente que las personas mayores, especialmente, puedan llegar a estar más desorientadas, agitadas, o que su funcionalidad disminuya durante la estancia hospitalaria, incrementándose el riesgo de caída³¹. La fase aguda de la enfermedad y los cambios en la medicación afectarán a la movilidad y al estado físico y cognitivo, por lo que un instrumento de uso fácil y rápido es necesario para permitir repetidas evaluaciones en este tipo de pacientes³²"

BIBLIOGRAFIA.

- Protocolo de caídas. Elaborado por grupo de trabajo del H. Obispo Polanco de Teruel 2019
- Aranda M, Morales JM, Canca JC, Morales A, Enriquez de Luna M, Moya AB et al. Consecuencias de los errores en la traducción de cuestionarios: versión española del índice Downton.Rev.Calid. Asist.2015;30(4):195-202
- Agencia Valenciana de Salud. Prevención de las caídas del paciente hospitalizado en el HGUA.2012[consultadoNov.2019].Disponible en: <http://bit.ly/lxdmfpZ24>.
- Hospital Universitario Ramón y Cajal Comunidad de Madrid. Protocolo general de caídas. 2005[consultado 14 Nov 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/lxdmmlD25>.
- Organización Mundial de la Salud. Caídas. FactSheetno344.OMS. 2012[consultado 14 Nov 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/lborlr3>

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1210 ===== ***

Nº de registro: 1210

Título
IMPLANTACION DE LA GESTION INTEGRAL DE PREVENCIÓN DE CAIDAS Y POSTERIOR MONITORIZACION DE LAS MISMAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL H.OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
GOMEZ RUCIO MARIA ANGELES, ESCUSA JULIAN MILAGROS, PEINADO GARCIA JENIFER, FERNANDEZ ESPARZA CESAR IGNACIO, DOÑATE GONZALVO ROSANA, BARRERA GOMEZ ALEJANDRA, CONEJOS MARQUES ANA CRISTINA, FUERTES CASTILLO SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1210

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA GESTION INTEGRAL DE PREVENCIÓN DE CAIDAS Y POSTERIOR MONITORIZACIÓN DE LAS MISMAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: paciente pluripatologico
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es este año en el que se ha elaborado el documento de Gestion Integral de Caidas para aplicar en todas las Unidades del Hospital Obispo Polanco, desde la Unidad de Medicina Interna se pretende su aplicacion y monitorizacion estricta para conocer las principales causas que potencian el riesgo a sufrirlas, con el fin de poder actuar sobre ellas y disminuir la incidencia respecto al año anterior.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la incidencia en el número de caídas potencialmente evitables respecto al año anterior.
Conocer el nº de pacientes con Escala de Downton evaluada el día de corte sobre el 100%de los pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Interna. Conocer los motivos reales y potenciales ante una caída.

MÉTODO

Presentación del documento de la Gestion Integral de Prevencion de Caidas al personal de la Unidad. Dar a conocer el objetivo de este Proyecto de Calidad. Elaborar una Hoja de registro adaptada al documento de Gestión integral de caídas, que permita la monitorización estricta de los parametros a medir. Recursos previstos: Hoja de registro de caídas, Escala de Downton, Historia clinica, Hoja de valoracion de enfermeria, Medidas de proteccion (barandillas, andador, etc).

INDICADORES

Nº caidas en 2018/Nº caidas 2019.
Nº pacientes con Downton evaluado/Nº total de pacientes ingresados.
Fuente de datos: Escala Downton en hoja de grafica de constantes. Hoja de registro de caidas.
Meta: Cero caidas en pacientes ingresados en Medicina Interna con Downton >=3.

DURACIÓN

Comienzo del proyecto: 1 de marzo a 31 de diciembre de 2019
Los miembros del Proyecto.
Calendario previsto :
1ª. Marzo (reunión de los responsables del proyecto para compartir ideas.)
2ªAbril (elaboración y presentación del proyecto a la Dirección de Enfermería)
3ª Junio y Septiembre (revisión de los datos recogidos y análisis de incidencias)
4ª Diciembre (análisis de datos y conclusión de resultados .Presentación de los mismos a Dirección de Enfermería).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0999

1. TÍTULO

COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MILAGROS ESCUSA JULIAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDEZ SANTOS RAFAEL
GOMEZ RUCIO MARIA ANGELES
MAICAS LOPEZ DOLORES
PANADERO ROMERO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo planteado trata de analizar los conocimientos sobre la higiene de manos de los profesionales en el Hospital Obispo Polanco.
El estudio que se ha centrado en profesionales atendidos en las Unidades de hospitalización de Traumatología, Urología y Medicina Interna en el Hospital Obispo Polanco.
Para ello se ha utilizado el Cuestionario de Conocimientos sobre la Higiene de manos para Profesionales Sanitarios (Hand Hygiene Knowledge Questionnaire for Health- Care Workers, traducido por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y validado por la OMS), realizando integrantes del equipo de mejora las correspondientes encuestas, así como talleres formativos para los que se ha utilizado una lámpara de luz ultravioleta y solución hidroalcohólica con reactivo.
El citado cuestionario incluye 25 preguntas sobre aspectos esenciales de la higiene de manos y la transmisión de microorganismos a través de las manos durante la atención sanitaria. También contiene ítems que permiten describir a la población de estudio y posibilitar la comparación entre distintos subgrupos: sexo, edad, categoría profesional, formación recibida en higiene de manos y la utilización de preparados de base alcohólica de forma habitual.
La cumplimentación de las encuestas ha sido voluntaria observándose que la muestras se distribuía de manera proporcional entre las diferentes categorías profesionales (médicos, enfermeras, TCAEs, celadores, MIR, alumnos de enfermería en prácticas, ...). Una vez comprobada esta circunstancia, se ha considerado la muestra como representativa.
La información aportada por los profesionales parte del hecho del carácter voluntario y anónimo de las encuestas, así como de la normativa vigente en España (Ley n. 14/ 2007 de Investigación Biomédica, Ley Orgánica n. 15/1999 de protección de Datos de carácter personal. Además, se presentó el estudio al Comité Ético del Sector para que considere si se ajusta a los principios éticos aplicables.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han contestado el cien por cien de las encuestas distribuidas.
Septiembre y octubre de 2017 se han recogido los cuestionarios que se repartieron entre los profesionales de las Unidades a estudio, realizándose posteriormente un análisis descriptivo de datos sobre los conocimientos que tienen los profesionales acerca de la higiene de manos.
Noviembre se ha realizado formación mediante talleres sobre los cinco momentos de la higiene de manos, incluyendo una parte práctica sobre la correcta higiene de manos con solución hidroalcohólica, utilizando para ello una lámpara de luz ultravioleta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se analizan los puntos débiles observados en las prácticas con vistas a la identificación y priorización de acciones de mejora.
Entre marzo y mayo de 2018 se realizarán observaciones sobre la adecuación de la técnica y los momentos en que los profesionales realizan la higiene de manos.
A partir de junio se realizará un análisis de los datos para comprobar si la formación ha modificado la práctica diaria sobre la técnica y los momentos en que los profesionales realizan la higiene de manos con soluciones hidroalcohólicas, con el fin de concienciarnos sobre la importancia de esta medida en la prevención de infecciones relacionada con la asistencia sanitaria.
La valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas coincide en que la formación mejora ampliamente la técnica sobre la higiene de manos, pero que existe gran dificultad para poder realizar la higiene de manos en los cinco momentos, fundamentalmente como consecuencia de la ubicación de las soluciones en las habitaciones y a la falta de tiempo.
Valorando estas dificultades, el equipo de trabajo considerará la continuación de este Proyecto realizando la observación directa de la higiene de manos en dos de los cinco momentos establecidos por la OMS.
Por otro lado, el equipo de trabajo considera que este estudio se podría aplicar posteriormente a otras unidades.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0999

1. TÍTULO

COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/999 ===== ***

Nº de registro: 0999

Título
COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS

Autores:
ESCUSA JULIAN MILAGROS, FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, GOMEZ RUCIO MARIA ANGELES, MAICAS LOPEZ MARIA DOLORES, PANADERO ROMERO MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora de la seguridad de los pacientes

PROBLEMA
Atendiendo a estudios realizados, podemos decir que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria se producen en todo el mundo y afectan tanto a los países desarrollados como a los de escasos recursos. Que estas infecciones contraídas en el entorno sanitario se encuentran entre las principales causas de muerte y de incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Representando una carga considerable tanto para el paciente y su familia, como para la salud pública. En los países desarrollados, entre el 5% y el 10% de los pacientes hospitalizados contraen una infección que no padecían ni estaban incubando en el momento de ingresar. Los pacientes críticos, al menos el 25% contraen infecciones nosocomiales, incluso en unidades con muchos recursos.

Concluyen diciendo que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) son consecuencia involuntaria de dicha atención, ocasionando afecciones más graves, hospitalizaciones más prolongadas, discapacidades de larga duración, una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario, elevando la mortalidad. Sin embargo, la mayoría puede prevenirse.

Reflejan que la buena práctica de higiene de manos (HM) de los profesionales en general, es menor a 60%, a pesar de la sencillez y la efectividad de esta medida. Los profesionales desestiman las actividades de capacitación por ser consideradas una estrategia demasiado convencional.

Por otro lado, hay datos que demuestran que la higiene de las manos es la medida primordial para reducir dichas infecciones. Es por lo que, con este proyecto planteamos llevar a cabo labores de vigilancia y prevención partiendo de unas prácticas correctas basadas en datos científicos, deseando poder encontrar soluciones eficaces para mejorar la seguridad del paciente y reducir el riesgo en nuestro centro.

Este centro, cada año se suma al principal Reto de todos los Centros «Una atención limpia es una atención más segura». Considerando esta atención, un derecho básico de los pacientes a una atención de calidad. Pero consideramos que todavía no es una práctica totalmente afianzada.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL: Que los profesionales sanitarios adquieran los conocimientos necesarios para mejorar el cumplimiento de la higiene de las manos incorporando este hábito entre sus actividades diarias, para disminuir las IRAS, contribuyendo a incrementar la seguridad de los pacientes. **OBJETIVOS SECUNDARIOS:** Evaluar el cumplimiento del proceso de HM, en el H.Obispo Polanco e identificar, los principales impedimentos que se puedan relacionar con el bajo cumplimiento de la HM.

MÉTODO

- Se trata de un estudio descriptivo, cuyo ámbito de estudio se centrara en profesionales que atienden las especialidades de Traumatología, Urología y Medicina Interna.
- La distribución de la muestra entre las categorías profesionales será porcentual.
- Se llevara a cabo una estrategia multimodal que consistirá en:
 - 1)Cumplimentación voluntaria del cuestionario de conocimientos sobre HM.2)Observación directa en tres periodos: Febrero, Junio y Octubre de 2017.3)Formación entre el primer y segundo periodo de observación.4)Colocación de Recordatorios en el lugar de trabajo.
- Utilizando el Cuestionario de Conocimientos sobre la Higiene de las Manos para Profesionales Sanitarios, validado por la OMS.
- Análisis y discusión de los datos obtenidos en las encuestas, detectando los puntos débiles, susceptibles de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0999

1. TÍTULO

COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS

mejorar.
-Enviar informe a la Dirección del Centro sobre la muestra evaluada que incluya motivos por los que no se realice una adecuada HM y propuestas de mejora sobre posibles medidas correctoras que permita mejorar el proceso observado, a fin de incidir en la seguridad del paciente.

INDICADORES

- Disponibilidad de solución hidroalcoholica para poder llevar a cabo la correcta HM.
- Nº de habitaciones con dispensadores/ Nº total de habitaciones.
- Efectividad de la formación y los recordatorios sobre la técnica de HM
- Nº de profesionales que la realiza correctamente al principio-final de periodo evaluado./Nº total de profesionales observados.
- Efectividad de la formación y los recordatorios monitorizando dos de los cinco momentos del procedimiento de HM.
- Nº de veces que se realiza la correcta HM antes - después del contacto con el paciente/ Nº de veces que se entra en contacto con el paciente.
- Evaluación sobre el cuestionario de conocimientos de HM.
- % de trabajadores que mejoran los conocimientos en el periodo evaluado.

DURACIÓN

- Enero 2017. Pasar cuestionario entre los profesionales que de forma voluntaria Nº deseen cumplimentarlo.
- Febrero 2017. Realizar observación directa oculta.
- Abril 2017. Analizar los datos de cuestionarios y observación.
- Mayo 2017. Formación entre los profesionales de las diferentes categorías y colocación de recordatorios.
- Junio 2016. Pasar nuevamente cuestionario. Y realizar observación directa oculta.
- Octubre 2017. Observación directa para valorar persistencia de buena práctica.

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 - 2018/1450

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE IMPLEMENTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS EN EL MANEJO DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO: SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD EN EL TIEMPO

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE RAFAEL FERNANDEZ SANTOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERNAD USON MARIA ANTONIA
CARRASCO BONILLA SILVIA
LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA
ECED BELLIDO CONCHA
GARZARAN TEIJEIRO ANA
MORENO LUCENTE ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- REUNIÓN PREVIA AL INICIO DEL ESTUDIO:

Reunión del Equipo de Mejora, acuerdo del formato para la recogida de datos y distribución de funciones de cada miembro del Equipo.

2.- ESTUDIO PROSPECTIVO JULIO-DICIEMBRE DE 2018:

Elaboración de bases de datos informatizadas con las variables consideradas de interés para su posterior análisis. Estudio para la valoración del seguimiento de las recomendaciones en la utilización de catéteres vesicales, y el desarrollo de infecciones del tracto urinario asociadas a catéter vesical (ITU-CV) en pacientes ingresados en la Planta de Medicina Interna (densidad de incidencia).

Recogida diaria de datos.

Informatización diaria de los datos con revisión semanal de los pacientes incluidos en la base.

3.- REUNIÓN FINAL DEL EQUIPO DE MEJORA:

Una vez concluida la recogida de datos y el análisis de los mismos, los componentes del Equipo de Mejora se reunieron para su valoración, decidir si recomendar la implementación de los formatos que se habían utilizado durante el estudio realizado en el primer semestre de 2016, y/o proponer otras posibles acciones que pudieran contribuir al control de ITU-CV.

4.- COMUNICACIÓN DE RESULTADOS:

Tras la finalización del estudio y el análisis de los datos, en la última semana de enero se comunicaron los resultados y las conclusiones tanto al personal de enfermería como a los facultativos de Medicina Interna.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado de los indicadores de seguimiento establecidos para valorar la consecución de los objetivos, y por tanto la efectividad del Proyecto fue el siguiente:

Estructura:

Disponibilidad en Medicina Interna del protocolo "Recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de infecciones del tracto urinario asociadas a catéter vesical", elaborado en 2015 Sí

Proceso:

Media de días de uso de catéter vesical 7,9 días

Resultado:

Densidad de Incidencia de ITU-CV 4,93 infecciones urinarias por 1000 días de catéter vesical

Al realizar el análisis comparativo de los resultados del estudio, con los obtenidos en el que se llevó a cabo en el periodo enero-junio de 2016, se observa que:

- el número de pacientes ingresados fue un 10% menos que en el periodo de estudio anterior (547 vs 608 pacientes) y el porcentaje de pacientes con inserción de catéter vesical se redujo en un 0,7 % (14,1% vs 14,8%)

- el registro del motivo por el que se indicaba la cateterización vesical en la Planta fue del 60 %, porcentaje un 13,3 % inferior al estudio realizado en enero-junio de 2016 con la utilización del formato diseñado al efecto, aunque un 23,4 % superior al periodo previo, cuando, al igual que en el actual estudio, no se utilizaba formato alguno

- el tiempo medio de cateterización vesical por paciente se incrementó en 1,9 días (de 6 a 7,9 días), pasando los días de uso de catéter vesical de 540 a 609

- la densidad de incidencia de ITU-CV descendió de 9,26 a 4,93 por 1000 días de catéter vesical.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las estrategias que se han mostrado más efectivas para reducir las ITU-CV son evitar los cateterismos innecesarios y la retirada precoz del catéter cuando ya no exista indicación. En el estudio realizado en el periodo enero-junio de 2016 se comprobó que la implementación de estas medidas, facilitada por la utilización de formatos diseñados al efecto, consiguió reducir tanto el número como la duración de los cateterismos vesicales.

Los resultados obtenidos en este estudio, realizado dos años después, ponen de manifiesto el mantenimiento en el tiempo del principal objetivo de la aplicación de las medidas recomendadas para la prevención de ITU-CV: la reducción de la densidad de incidencia de ITU-CV.

Probablemente, las lecciones aprendidas y los hábitos adquiridos tras la elaboración y difusión en 2016 del documento con las recomendaciones basadas en la evidencia, hayan contribuido a la consecución de este objetivo. No obstante, se ha producido un incremento del tiempo medio de cateterización vesical por paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1450

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE IMPLEMENTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS EN EL MANEJO DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO: SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD EN EL TIEMPO

en relación al periodo enero-junio de 2016, cuando se utilizó un formato para el registro para la valoración diaria de la necesidad de mantenimiento del catéter vesical.
No es posible determinar si este incremento se ha debido a que no se ha valorado diariamente la posibilidad de retirada del catéter vesical o si ha sido consecuencia de las condiciones de los pacientes (hecho que sugiere el porcentaje de recateterizaciones que han sido precisas), aunque lo más probable es que ambas circunstancias hayan contribuido. En cualquier caso, la utilización del formato es posible que sea una medida efectiva para reducir la duración de cateterismos vesicales cuando no son necesarios.
Tanto el menor número de pacientes ingresados en Medicina Interna, como la reducción del porcentaje de pacientes con inserción de catéter vesical, así como una parte de la disminución en la densidad de incidencia de ITU-CV pueden deberse a que los pacientes clasificados como crónicos complejos (más susceptibles al desarrollo de infecciones) actualmente ingresan en su Unidad específica, mientras que en 2016 habitualmente ingresaban en Medicina Interna.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1450 ===== ***

Nº de registro: 1450

Título
PROTOCOLO DE IMPLEMENTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS EN EL MANEJO DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO: SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD EN EL TIEMPO

Autores:
FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, BERNAD USON MARIA ANTONIA, CARRASCO BONILLA SILVIA, LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA, ECED BELLIDO CONCHA, GARZARAN TEIJEIRO ANA, MORENO LUCENTE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el segundo semestre de 2015, momento en el cual no se disponía de un procedimiento con recomendaciones basadas en la evidencia sobre indicación, técnica de inserción y mantenimiento de catéteres vesicales (CV), se realizó un estudio prospectivo para evaluar la utilización de CV y la densidad de incidencia (DI) de infecciones del tracto urinario (ITU) en el Hospital Obispo Polanco. Tras la elaboración de un procedimiento de cateterismo vesical basado en la evidencia, durante el primer semestre de 2016 se llevó a cabo un nuevo estudio prospectivo para valorar su seguimiento y la contribución al resultado en términos de reducción de pacientes en los que se utilizó CV, días de utilización del dispositivo e ITU asociadas a CV, evidenciándose una reducción importante en los tres indicadores.

Alcanzar los mejores resultados es un proceso progresivo en el que no debe haber retrocesos. Tan importante como la consecución de los objetivos es el mantenimiento de los resultados en el tiempo. La base del modelo de mejora continua de la calidad es la autoevaluación, en la que se detectarán puntos fuertes que hay que tratar de mantener, y áreas en la que debemos incidir para mantener o mejorar los resultados.

En el estudio EPINE-EPPS realizado en el hospital en mayo de 2018, de los 31 pacientes estudiados en la planta de Medicina Interna, dos eran portadores de CV, cumpliendo uno de ellos criterios de ITU asociada a CV.

RESULTADOS ESPERADOS
- Valorar el seguimiento de las medidas y la efectividad en el tiempo en base a los resultados tras la implementación en 2016 del Protocolo de "Recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de infecciones del tracto urinario asociadas a catéter vesical".

MÉTODO
Las actividades del Proyecto están encaminadas a la comprobación del mantenimiento de las mejoras obtenidas tras la adhesión de los profesionales a las actividades fundamentales en la utilización de CV.
La implementación de este Proyecto requiere un enfoque multidisciplinar que incluye médicos, enfermeras y expertos en prevención de infecciones.
Las actividades previstas, que serán desarrolladas con la participación de todos los componentes del equipo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1450

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE IMPLEMENTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS EN EL MANEJO DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO: SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD EN EL TIEMPO

de mejora, son:

- Estudio prospectivo para la valoración del seguimiento de recomendaciones en la utilización de CV, y desarrollo de ITU asociadas a CV en Medicina Interna.
- Comunicación de resultados al personal de Medicina Interna.
- Valoración de la nueva implementación de medidas que habían dejado de utilizarse u otras que se consideren que pueden contribuir a la disminución de ITU asociadas a CV.

INDICADORES

Estructura:

- Disponibilidad en Medicina Interna del protocolo "Recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de infecciones del tracto urinario asociadas a catéter vesical", elaborado en 2015.

Proceso:

- Días de uso de CV.

Numerador: N° días de uso de CV.

Denominador: N° pacientes con CV.

Resultado:

- Densidad de Incidencia de ITU asociada a CV.

Numerador: N° casos nuevos de ITU asociada a CV en el periodo x 1000.

Denominador: Pacientes-día con catéter vesical.

Los resultados de los indicadores se compararán con los obtenidos en el estudio realizado tras la implementación del protocolo de recomendaciones basadas en la evidencia, que se llevó a cabo en el primer semestre de 2016.

DURACIÓN

- Julio-Diciembre 2018:

Estudio prospectivo del seguimiento de utilización de CV y desarrollo de ITU asociadas a CV.

- Enero-Febrero 2019:

Análisis de datos y comunicación de resultados.

Duración total del Proyecto: 8 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0661

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS PARA LA ADECUADA NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 02/01/2020

2. RESPONSABLE RAFAEL FERNANDEZ SANTOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERNAD USON MARIA ANTONIA
VAZQUEZ VICENTE CARMEN
BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE
LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA
CABALLERO CASTRO JULIEN PAOLA
ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS
PEREZ HERNANDEZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Marzo 2019: Elaboración y valoración externa de un cuestionario para valorar los conocimientos y actitudes de los facultativos ante las EDO, así como la importancia que conceden a su notificación.
- Marzo 2019: Acuerdo con la Dirección para incluir en los Acuerdos de Gestión de los principales Servicios implicados, un indicador relacionado con la notificación de EDO.
- Marzo 2019: Solicitud de acceso a la aplicación informática para gestión de la historia clínica de urgencias (PCH) para revisión semanal de los diagnósticos y verificar la notificación de EDO individualizadas y declaración de las numéricas.
- Marzo de 2019: Distribución del cuestionario por correo electrónico desde la Dirección del hospital para su cumplimentación por facultativos de los diferentes Servicios.
- Abril 2019: Diseño de material informativo relacionado con las EDO, el tipo de declaración y el modo de notificación, colocándolo en los despachos médicos de las diferentes Unidades Asistenciales, e informando verbalmente de su contenido y los objetivos a conseguir.
- Abril 2019: Distribución de formularios de declaración individualizada de las EDO más frecuentes en cada Unidad Asistencial.
- Mayo 2019: Nueva distribución del cuestionario por correo electrónico desde la Dirección del hospital, para su cumplimentación por los mismos profesionales que lo hicieron anteriormente, con el objetivo de valorar la modificación de conocimientos e impresiones.
- Mayo 2019: Envío de un enlace a la dirección web de las EDO de Aragón para la ubicación de ésta como acceso directo en uno de los ordenadores de cada despacho.
- Agosto-Septiembre 2019: elaboración, aprobación y difusión de un "Protocolo de actuación para la notificación de enfermedad meningocócica y la gestión de contactos no profesionales", participando profesionales de Medicina Preventiva, Medicina Interna, Neurología y Urgencias, y revisado y consensuado con los responsables de la Sección de Vigilancia Epidemiológica de Teruel.
- Mayo-Noviembre 2019: Estudio de la notificación de EDO, comparando los resultados con los de años anteriores.
- Diciembre 2019: Comunicación de los resultados y conclusiones a la Dirección del hospital y los facultativos de los principales Servicios implicados en la notificación de EDO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado de los indicadores de seguimiento establecidos para valorar la consecución de los objetivos fue el siguiente:

Estructura:

% Unidades Asistenciales con material informativo y formularios impresos ... 100 %.

Proceso:

% Unidades Asistenciales a las que se distribuyó el cuestionario ... 100 %.

Resultado:

% EDO urgentes notificadas adecuadamente 34,8 %.

% EDO individualizadas notificadas adecuadamente 56,8 %.

% EDO notificadas ante sospecha 84,1 %.

Se solicitó la respuesta del cuestionario inicial a 40 profesionales, recibiendo 16 cuestionarios cumplimentados (40 %). Tras el nuevo envío del cuestionario, después de la distribución del material informativo, se obtuvo respuesta únicamente de uno de los facultativos, lo que imposibilita realizar un análisis para valorar si las actividades formativas e informativas resultaron efectivas en cuanto a la mejora de los conocimientos sobre las EDO en Aragón y su notificación.

A pesar de que se acordó incluir un indicador relacionado con la notificación de EDO en los Acuerdos de Gestión de los principales Servicios implicados, finalmente no se ha llevado a cabo esta medida.

Al realizar el análisis comparativo de los resultados del estudio con los de los años 2017 y 2018, se observa que:

- el % de EDO urgentes notificadas adecuadamente fue del 34,8 % (8 de 23) notablemente superior al 4,3 % (1 de 23)

- de 2018 y el 5 % (2 de 40) de 2017. En 2019 correspondieron a brotes 15 de las EDO, 17 en 2018 y 36 en 2017.

Solamente en 2019 se cumplimentaron las correspondientes encuestas de pacientes involucrados en algún brote.

- las notificaciones individualizadas (tanto urgentes como no urgentes) en las que el facultativo que atendió al paciente cumplimentó la encuesta se incrementaron hasta el 56,8 % (25 de 44) en 2019, respecto al 11,1 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0661

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS PARA LA ADECUADA NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

(5 de 45) en 2018, y el 10,7 % (9 de 84) en 2017.

- tras la realización de las actividades de este Proyecto, se notificaron ante sospecha el 84,1 % (37 de 44) de las EDO individualizadas, en 2018 el 86,7 % (39 de 45) y en 2017 el 80,9 % (68 de 84).

- en 2019 no se ha comunicado al hospital desde la Sección de Vigilancia Epidemiológica que se hayan dejado de notificar EDO, hecho que sí se produjo a través de escritos a la Dirección del Hospital tanto en 2017 como en 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mayoría de los profesionales que cumplimentaron los cuestionarios consideraron muy importante la adecuada notificación de las EDO, aunque resulta muy complicado que los facultativos lo consideren como una parte más de la atención a sus pacientes. Más de la mitad manifestaron desconocer las actuaciones en salud pública derivadas de sus notificaciones, lo que puede suponer una falta de motivación y constituye un área de mejora importante en lo que se refiere al feedback desde Salud Pública, bien de forma individualizada a los declarantes o por Servicios. Informar y concienciar a los profesionales sanitarios de que la notificación de EDO forma parte de su labor asistencial, y que no solamente es una obligación, sino que no hacerlo adecuadamente puede dificultar el control y la prevención de las enfermedades transmisibles y brotes, puede contribuir a que disminuya la infranotificación. Así, tras las ocho tuberculosis notificadas entre 2014 y 2015 desde el hospital, en tres de los estudios de contactos se detectaron un total de seis casos de tuberculosis, lo que contribuyó decisivamente a impedir la diseminación de la enfermedad.

Proporcionar información y disponer de recuerdos en el lugar de trabajo de las EDO y su modo de notificación, así como facilitar el acceso a las encuestas, favorecen la adecuada notificación.

La implicación y colaboración de la Dirección es fundamental para conseguir involucrar a los facultativos en la gestión de las EDO.

La inclusión de alertas en el PCH que, ante la introducción de la impresión diagnóstica advierta que es una EDO de declaración individualizada (urgentes y no urgentes), podría contribuir a mejorar la adecuada notificación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/661 ===== ***

Nº de registro: 0661

Título
IMPLEMENTACION DE MEDIDAS PARA LA ADECUADA NOTIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

Autores:
FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, BERNAD USON MARIA ANTONIA, VAZQUEZ VICENTE CARMEN, BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE, LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA, CABALLERO CASTRO JULIEN PAOLA, ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS, PEREZ HERNANDEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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
El Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), cuya finalidad es la detección precoz de problemas de salud para facilitar la toma de medidas encaminadas a proteger la salud de la población, constituye una pieza clave dentro de la Red de Vigilancia Epidemiológica.

El Decreto 222/96, de 23 de diciembre de 1996, del Gobierno de Aragón, regula la vigilancia epidemiológica en Aragón. En este Decreto se establecen las modalidades y procedimientos de declaración de las EDO, los responsables de la notificación, la periodicidad de la declaración, así como la lista de EDO y cómo debe declararse cada una de ellas.

La notificación de las EDO forma parte de la labor asistencial de los profesionales sanitarios. No declarar estas enfermedades, o su infranotificación supone un problema para el propósito del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, que es conocer de forma precoz los posibles cambios de tendencias de las EDO y proporcionar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0661

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS PARA LA ADECUADA NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

información rápida y fiable, que posibilite acciones destinadas al control y la prevención de las enfermedades transmisibles y brotes.

Diversos estudios señalan como factores que influyen en la infranotificación la creencia de que la notificación no forma parte de la actividad asistencial del facultativo que atiende al paciente, el desconocimiento de las enfermedades a notificar y de su importancia, la falta de tiempo, la dificultad de acceso a los formularios, o la falta de información de las acciones que se han llevado a cabo a partir de la notificación.

En el año 2018, la Sección de Vigilancia Epidemiológica comunicó a la Dirección del Hospital Obispo Polanco que no se había procedido a la notificación de algunos casos de EDO, remitiendo al hospital un escrito cuyo contenido se puso en conocimiento de los facultativos de los diferentes Servicios.

La realización de actividades formativas, la disponibilidad de material impreso en el lugar de trabajo o la transmisión a los facultativos de cuáles son las EDO y quién, cuándo y cómo se deben notificar, así como la concienciación de la importancia de esta tarea, puede contribuir a mejorar la adecuada notificación. Para la consecución de este objetivo es imprescindible la colaboración de la Dirección del hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la notificación de EDO en el hospital.

MÉTODO

- Elaboración de un cuestionario para valorar los conocimientos y actitudes de los facultativos ante las EDO, así como la importancia que conceden a su notificación.
- Valoración externa del cuestionario y distribución a facultativos de todos los Servicios para su cumplimentación.
- Inclusión de un objetivo relacionado con la notificación de EDO en los Acuerdos de Gestión de los principales Servicios implicados.
- Información a las Unidades Asistenciales sobre las EDO y la gestión de su declaración, dejando material impreso con las EDO urgentes y no urgentes, así como el tipo de notificación que debe llevarse a cabo.
- Distribución de formularios de declaración individualizada de las EDO más frecuentes en cada Unidad Asistencial, facilitando asimismo un enlace a la dirección web de las EDO de Aragón.
- Envío semanal a Medicina Preventiva de una base de datos en Excel con los diagnósticos de todos los pacientes atendidos en Urgencias. Revisión de los datos, verificación de la notificación de EDO individualizadas y declaración de las numéricas.
- Nueva distribución del cuestionario para valorar la modificación de conocimientos e impresiones.
- Estudio de la notificación de EDO, comparando los resultados con los de años anteriores.

INDICADORES

Estructura:

- % Unidades Asistenciales con material informativo y formularios impresos

Numerador: N° Unidades con materiales impresos x 100

Denominador: N° total Unidades

Proceso:

- % Unidades Asistenciales a las que se distribuyó el cuestionario

Numerador: N° Unidades a las que se distribuyó el cuestionario x 100

Denominador: N° total Unidades

Resultado:

- % EDO urgentes notificadas adecuadamente

Numerador: N° EDO urgentes notificadas adecuadamente x 100.

Denominador: N° EDO urgentes

- % EDO individualizadas notificadas adecuadamente

Numerador: N° EDO individualizadas notificadas adecuadamente x 100.

Denominador: N° EDO individualizadas

- % EDO notificadas ante sospecha

Numerador: N° EDO notificadas ante sospecha x 100

Denominador: N° EDO notificadas

DURACIÓN

Marzo 2019: Elaboración del cuestionario, valoración externa y distribución a las Unidades Asistenciales.

Abril 2019: Información sobre EDO en las Unidades Asistenciales y distribución de material impreso.

Mayo 2019: Nueva distribución del cuestionario.

Mayo-Noviembre 2019: Recogida de datos para estudio de adecuación en la notificación de EDO.

Diciembre 2019: Análisis de datos y comunicación 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 - 2019/0661

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS PARA LA ADECUADA NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0395

1. TÍTULO

RECEPCION DEL PACIENTE NUEVO EN HEMODIALISIS.CREACION TRIPTICO INFORMATIVO

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ALMUDENA ACERO CARRERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION
VILAR BONACASA BEATRIZ
GASCON FUERTES ESTHER
SORIANO PUERTOLAS ISABEL
VICENTE VICENTE ANA
RUIZ CRIADO JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente se realizó el tríptico informativo consensuado con todos los componentes del equipo de mejora. Se presentó dicho tríptico el personal de la unidad de hemodiálisis, realizando una charla informativa a todo el personal de enfermería para resolver dudas y preguntas previas a la implantación del proyecto. Se creó una hoja (Word) para registrar la entrega del tríptico a todos los pacientes incidentes y prevalentes de la unidad de hemodiálisis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde enero 2017 hasta la actualidad se ha entregado el tríptico informativo a todos los pacientes de la unidad. Además se ha realizado una entrevista previa por parte enfermería a todos los pacientes incidentes en nuestra unidad de hemodiálisis para explicar el tríptico y resolver sus dudas previas al inicio la hemodiálisis. Se ha informado a los pacientes y familias de la organización de la unidad y de sus derechos y deberes como pacientes. Todos los pacientes han expresado su gratitud y han manifestado que la información recibida y el tríptico les ha sido muy útil previo al inicio de la diálisis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todo el equipo de mejora cree muy útil la utilización del tríptico informativo por lo que se continuará entregando a todos los pacientes de nuestra unidad a pesar de finalizar el proyecto de calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/395 ===== ***

Nº de registro: 0395

Título
RECEPCION DEL PACIENTE NUEVO EN HEMODIALISIS.CREACION TRIPTICO INFORMATIVO

Autores:
ACERO CARRERO ALMUDENA, LACASA SANCHEZ ALICIA, FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION, SANCHEZ MARTINEZ AMPARO, VILAR BONACASA BEATRIZ, GASCON FUERTES ESTHER, PEREZ PEREZ AURORA, SORIANO PUERTOLAS ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

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

PROBLEMA
Iniciar tratamiento con HD es una situación de estrés tanto para el paciente como para su familia. El temor ante una situación desconocida supone un impacto emocional importante. Por tanto, el primer contacto con el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0395

1. TÍTULO

RECEPCION DEL PACIENTE NUEVO EN HEMODIALISIS.CREACION TRIPTICO INFORMATIVO

equipo sanitario es fundamental para reducir el nivel de ansiedad y generar una adecuada relación terapéutica que ayude al paciente y familia a asumir su nueva situación y conseguir que las sesiones transcurran para el paciente de forma segura y sin temores infundados. Este primer contacto puede marcar en gran medida, la adaptación del paciente al tratamiento dialítico y sus inconvenientes (dependencia de una máquina, punciones dolorosas, restricción dietética, etc). De ahí la importancia de empatizar con el mismo y/o familia, pues una experiencia negativa el primer día, puede condicionar un rechazo crónico al tratamiento

RESULTADOS ESPERADOS

- Recibir al paciente y familiar, facilitando la integración del mismo durante su estancia en la unidad de diálisis.
- Dotar al paciente y su familia de los conocimientos que necesitan para afrontar su nueva situación y disminuir la ansiedad que pueda originar la HD.
- Informar al paciente y familia de sus derechos y deberes.
- Favorecer la adaptación del paciente a su nueva situación de salud disipando en lo posible sus miedos y temores.

MÉTODO

- Entrevista con el paciente y/o la familia. la realizara la supervisora previo comienzo del tratamiento.
 - Realización de triptico informativo con toda la información necesaria a cerca del tratamiento y funcionamiento de la unidad así como pautas higiénicas y dieteticas.
- Estas actividades quedarán reflejadas en la historia de enfermería.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes nuevos a los que se les realiza entrevista y se les entrega triptico, mediremos este porcentaje através de un documento que firmará el paciente una vez recibida la información y entega de esta.

DURACIÓN

La duración del proyecto será de un año, de Enero a Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0456

1. TÍTULO

IMPLANTACION CATETER PERITONEAL. PROTOCOLIZACION, ACTUACION DE ENFERMERIA POST IMPLANTACION CATETER PERITONEAL

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE ALICIA LACASA SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ACERO CARRERO ALMUDENA
NAVARRO BURRIEL MARIA PILAR
ESPARZA HERERRO ANA PILAR
GASCON MARIÑO ANTONIO
FERNANDEZ RODRIGUEZ FRANZ
GALLEGOS VILLALOBOS ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En un primer momento se realizo el nuevo protocolo para cuidados de enfermería tras implantación de cateter peritoneal, posteriormente se realizaron varias charlas para formar a todo el personal de la unidad en esta actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde que se instauró el proyecto de calidad se han incluido todos los pacientes incidentes en diálisis peritoneal.

Se ha incluido el protocolo en la historia clínica del paciente, realizando una hoja de seguimiento individual desde la colocación del catéter peritoneal a cada paciente.

Hasta la fecha se han incluido tres pacientes siguiendo el protocolo realizado. Todo el personal de la unidad ha seguido los pasos definidos en el protocolo desde la colocación del catéter peritoneal hasta el comienzo de diálisis peritoneal en el domicilio del paciente.

Ninguno de los pacientes ha presentado infección del orificio de salida del catéter ni del túnel subcutáneo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todo el personal de nuestra unidad considera que el proyecto es adecuado y facilita una actuación estandarizada tras la colocación del catéter peritoneal.

Se siguen realizando sesiones formativas para instruir al nuevo personal en la realización del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/456 ===== ***

Nº de registro: 0456

Título
IMPLANTACION CATETER PERITONEAL. PROTOCOLIZACION ACTUACION DE ENFERMERIA POST IMPLANTACION CATETER PERITONEAL

Autores:
LACASA SANCHEZ ALICIA, ACERO CARRERO ALMUDENA, NAVARRO BURRIEL MARIA PILAR, ESPARZA HERRERO ANA PILAR, RUIZ CRIADO JORGE, GASCON MARIÑO ANTONIO, FERNANDEZ RODRIGUEZ FRANZ, GALLEGOS VILLALOBOS ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermos renales
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 acceso peritoneal con funcionamiento correcto y sin problemas contribuye al éxito del programa de DP.
La principal función del catéter peritoneal es facilitar el flujo bidireccional de la solución dializante,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0456

1. TÍTULO

IMPLANTACION CATETER PERITONEAL. PROTOCOLIZACION, ACTUACION DE ENFERMERIA POST IMPLANTACION CATETER PERITONEAL

sin requerir gran esfuerzo o causar incomodidad o dolor.

Las complicaciones relacionadas con el catéter peritoneal pueden ser: catéteres malfuncionantes, migración, mal drenaje, escape del líquido pericater, obstrucciones por fibrina, atrapamientos, etc.

El cuidado postoperatorio y el mantenimiento del acceso peritoneal son importantes para la función del catéter a largo plazo. Para evitar la obstrucción del catéter por detritus, fibrina o coágulos sanguíneos hasta el momento de su utilización.

El diseño funcional del programa de DP debe incluir la protocolización de procedimientos y un plan de calidad. En la unidad de Hemodiálisis del Hospital Obispo Polanco, existen enfermos que utilizan la técnica de diálisis Peritoneal, pero no existe como tal un protocolo estandarizado y conocido por todo el personal del servicio por lo cual, consideramos un proyecto importante para aumentar la calidad del servicio que prestamos

RESULTADOS ESPERADOS

- Planificar de forma individualizada, los cuidados que requiera y/o requerirá el paciente para responder a las necesidades terapéuticas y de cuidados, que puedan surgir en el tratamiento con DP.
- Ofrecer una atención integral y continuada al paciente en DP.
- Comprobar el buen funcionamiento del catéter peritoneal tras su implantación.
- Asegurar los cuidados post-quirúrgicos del catéter.
- Facilitar que la cicatrización sea lo más fisiológica, rápida y aséptica posible, tras la implantación del catéter de DP.
- Prevenir y/o reducir la colonización bacteriana durante el proceso de cicatrización.
- Evitar traumas en orificio y manguitos.
- Detectar complicaciones rápidamente y tratarlas de forma precoz.
- Comprobar la permeabilidad y funcionalidad del catéter implantado.
- Eliminar los restos hemáticos que hayan podido quedar en la cavidad peritoneal, después de la intervención.
- Prevenir obstrucciones por fibrina o coágulos sanguíneos, hasta el momento de su utilización.

MÉTODO

- Realizar protocolo, cuidados de enfermería tras implantación catéter peritoneal
- formar a todo el personal de la unidad en esta actividad.
- registro en la historia de enfermería

INDICADORES

Al finalizar el proyecto, contabilizar número de enfermos a los que se les ha implantado catéter peritoneal.
Porcentaje de enfermos en los que se completa los pasos definidos en el protocolo, y se refleja en la historia de enfermería.
Porcentaje de infecciones en este periodo en los enfermos en los que se han seguido pasos del protocolo
Registro de actividades formativas,

DURACIÓN

Un año.
Actividades formativas para el personal de la Unidad, una al acabar de realizar el protocolo, segunda a los dos meses de iniciar el proyecto y al finalizar.

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 - 2016/1726

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROSOFT®) PARA LA GESTION INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE JORGE RUIZ CRIADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACASA SANCHEZ ALICIA
CARRERO ACERO ALMUDENA
GASCON FUERTES ESTHER
FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION
VILAR BONACASA BEATRIZ
SORIANO PUERTOLAS ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hasta el momento desde su puesta en marcha se han incluido en el programa informático (Nefrosoft®) a todos los pacientes tanto prevalentes como incidentes de nuestra unidad de hemodiálisis. Incluyendo los pacientes desplazados durante un tiempo a nuestra unidad por motivos vacacionales.
Se han rellenado todos los campos del formulario de cada paciente (datos clínicos, acceso vascular, pauta de hemodiálisis, tratamientos, vacunaciones, etc...) en el Nefrosoft® por parte del responsable del proyecto y sus otros componentes.

Desde Nov 2017 se ha abandonado completamente el uso del papel en la unidad de hemodiálisis. Todas las pautas de hemodiálisis y tratamientos de los pacientes se han gestionado mediante el Nefrosoft® por parte de los médicos.

Se ha registrado toda la información de cada sesión de hemodiálisis por parte del servicio de enfermería. Se ha generado la agenda semanal de los turnos de hemodiálisis mediante el Nefrosoft®.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el momento se han alcanzado todos los indicadores previstos y dentro del calendario marcado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hasta el momento todo el equipo de mejora considera beneficioso tanto para el paciente como para la organización y gestión de la unidad de hemodiálisis el uso del programa informático instalado (Nefrosoft®).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1726 ===== ***

Nº de registro: 1726

Título
INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROSOFT®) PARA LA GESTION INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD HEMODIALISIS

Autores:
RUIZ CRIADO JORGE, GASCON MARIÑO ANTONIO, LACASA SANCHEZ ALICIA, CARRERO ACERO ALMUDENA, GASCON FUERTES ESTHER, FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION, VILAR BONACASA BEATRIZ, SORIANO PUERTOLAS ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL CRONICA HEMODIALISIS
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 - 2016/1726

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROSOFT®) PARA LA GESTION INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD HEMODIALISIS

Desde que se inicio nuestra unidad de hemodiálisis no ha existido un registro integral de los pacientes en hemodiálisis crónica ni de los datos generados en el quehacer diario tanto por parte de los médicos como de las enfermeras de la unidad. Hasta el momento todo se ha registrado en gráficas mensuales en papel (órdenes de tratamiento y gráficas de enfermería) que posteriormente se guardaban en la historia clínica de cada paciente. Esto dificulta el acceso a todos estos datos teniendo que hacer un análisis manual por parte de la supervisora de enfermería y el jefe de servicio de la actividad realizada y el consumo de nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Esta aplicación informática pretende ayudar a una fácil y rápida introducción de los datos clínicos, analíticos, pautas de hemodiálisis y tratamientos con una disponibilidad posterior de estos datos de forma rápida y además permite compatibilizarlo con otros programas informáticos como paquetes estadísticos, editores de texto, bases de datos, etc. que faciliten su manejo.

Se incluirán a todos los pacientes prevalentes e incidentes en nuestra unidad de hemodiálisis a partir del inicio del proyecto.

En definitiva el principal objetivo es conseguir una gestión integral de nuestra unidad de hemodiálisis mediante este programa informático y una desaparición del uso del papel a todos los niveles.

MÉTODO

Se necesita en primer lugar una aplicación informática que en nuestro caso es Nefrosoft® (Visual Limes S.L). Para su instauración se necesita un HARDWARE (Ordenador PC compatible con procesador de 1000 megahercios (MHz) o superior, con 4 Gb de RAM) y un SOFTWARE (únicamente es necesario disponer de un navegador web, preferiblemente de última generación. Mozilla Firefox, Google Chrome o Internet Explorer 10 o superior).

Se necesita realizar una integración del nefrosoft con la intranet del Hospital Obispo Polanco y con el laboratorio del hospital por parte del servicio de informática.

Es preciso realizar varios cursos de formación tanto para personal médico, enfermería y auxiliares sobre el manejo del programa.

Para utilizarlo se necesita aumentar el número de ordenadores tanto en la sala de médicos como en la unidad de hemodiálisis y varias tablets para facilita su uso por parte de enfermería.

INDICADORES

Incluir en el programa informático (Nefrosoft®) a todos los pacientes tanto prevalentes como incidentes de la unidad de hemodiálisis desde el inicio del proyecto.

Rellenar todos los campos del formulario de cada paciente (datos clínicos, acceso vascular, pauta de hemodiálisis, tratamientos, vacunaciones, etc...) en el Nefrosoft® por parte de los médicos.

Abandonar completamente el uso del papel en la unidad de hemodiálisis.

Realizar todos las pautas de hemodiálisis y tratamientos de los pacientes mediante el Nefrosoft® por parte de los médicos.

Registro de toda la información de cada sesión de hemodiálisis por parte del servicio de enfermería.

Generar la agenda semanal de los turnos de hemodiálisis mediante el Nefrosoft®.

DURACIÓN

Durante 1 mes se realizarán los cursos de formación tanto para personal médico, enfermería y auxiliares.

Posteriormente unos 4-5 meses para el uso simultaneo del programa informático y el papel.

A partir del 5-6 meses abandonar completamente el uso del papel y sólo utilizar el Nefrosoft® para gestionar de forma integral la unidad de hemodiálisis.

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 - 2018/0179

1. TÍTULO

BUTTONHOLE TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ALICIA LACASA SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ CRIADO JORGE
FERNANDEZ RODRIGUEZ FRANZ MARCELO
GASCON FUERTES ESTHER
ACERO CARRERO ALMUDENA
VILAR BONACASA BEATRIZ
FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
TECNICA BUTTONHOLE

La técnica de buttonhole siempre se puncionará por el mismo orificio con agujas con filo, intentando reproducir las punciones, con el mismo ángulo de punción la misma fuerza y orientadas las agujas en el sentido del flujo sanguíneo para minimizar riesgo de sangrado una vez retiradas las agujas.
La técnica siempre la tendrá que realizarla la misma enfermera formada hasta que se realice el túnel fibrótico de tejido cicatrizal.
Se utiliza medidas asépticas y técnica de doble asepsia.

En sucesivas punciones antes de insertar la aguja se retirará la costra (doble asepsia) y se volverá a puncionar por el mismo orificio, de esta forma hasta que se cree el túnel 5-12 sesiones.
Una vez realizado el túnel se utilizarán agujas sin filo y puede realizar la punción el resto de personal de enfermería formado.

Esta técnica se puede realizar con un dispositivo de policarbonato, que obtura el orificio de punción hasta la siguiente sesión con esta disminuimos el tiempo de creación del túnel cicatrizal a través del cual puncionaremos con agujas sin filo.

La técnica de buttonhole como ya hemos mencionado disminuye significativamente el dolor a la punción por lo que los enfermos se podrían beneficiar de la técnica disminuyendo su disconfor y malestar.

Con esta técnica se preserva el acceso vascular ya que al usar agujas sin filo la pared íntima del acceso vascular no se deteriora al no lesionarse en las punciones.

La única complicación que describen algunos estudios es la posibilidad de aparición de signos de infección a nivel de los accesos vasculares, pero en los últimos estudios publicados usando la técnica de doble asepsia y dispositivos biohole (obturadores de policarbonato) no se han descrito signos de infección en sus estudios.
OBJETIVOS

Incorporar en esta técnica de punción a los enfermos portadores de fístulas arteriovenosas complicada o de difícil acceso.
Realizar este tipo de punción en los enfermos que sufren disconfor a la hora de las punciones.
Mostrar la experiencia en nuestra unidad de Hemodiálisis tras la incorporación de la técnica de buttonhole en la práctica clínica diaria.

METODOLOGÍA

Una enfermera (supervisora) se formó en la técnica de BH y desarrolló protocolo. Posteriormente se impartió formación al resto del personal de enfermería.

Se ha revisado protocolo, pendiente de ser revisado por la comisión de cuidados del Hospital Obispo Polanco para su posterior publicación en el portal del Salud.

Se imparten sesiones formativas en el ciclo de sesiones propuestas por la Unidad de Hemodiálisis de 22 de Febrero 2018 a 26 de Mayo de 2018 así como talleres prácticos en sala con personal de la Unidad, en el mes de Octubre de 2018 se vuelve a impartir otra sesión clínica para todo el personal de la Unidad de Hemodiálisis

Impartir las sesiones informativas (clínicas y prácticas) son necesarias con el fin de formar a todos los miembros del equipo de hemodiálisis (nuevas incorporaciones), dotándolos de confianza y seguridad a la hora de realizar esta actividad asistencial.

La población diana son todos los enfermos prevalentes e incidentes de nuestra unidad en programa de hemodiálisis, con fístulas de difícil canalización o que sufren disconfor en las punciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0179

1. TÍTULO

BUTTONHOLE TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Los motivos de inclusión han sido FAVI con reducida área de punción y disconfort en las punciones.

Se dispone de dispositivo de policarbonato con el cual hemos realizado el buttonhole

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han cumplido los tres objetivos propuestos:

- Se ha incorporada la técnica en la Unidad, el 100% del personal es conocedora y utilizan la técnica. Se han realizado sesiones formativas las cuales se siguen programando periódicamente.

- A fecha 31 de Diciembre del 2018 el número de enfermos a los que se les ha realizado la técnica de buttonhole han sido 6 enfermos, el 100% de los enfermos que estaban en hemodiálisis con una fístula de difícil punción o sufrían disconfort a las punciones.

- Nuestra experiencia ha sido esta:

De estos enfermos la edad media al empezar la técnica es de: 68,833 DE:13,01

De los seis enfermos en los que hemos aplicado el método de BH, en cuatro de ellos se realizó el túnel con dispositivo de policarbonato que obturaba el punto de punción (biohole), en estos casos el tiempo para la creación del túnel disminuyó respecto a los que no lo utilizaron. En dos de los casos el túnel se logró crear en 5 sesiones y en los otros dos en 8 sesiones.

De los 6 enfermos incidentes 5 son hombres y 1 mujer.

Tiempo de hemostasia con buttonhole: media de 4,53 minutos DE:2.458

Tiempo de hemostasia previo al buttonhole: media 4.64 minutos (DE: 0.86)

Reducción estadística significativa con respecto al tiempo de hemostasia sin buttonhole.

Sensación de dolor según escala EVA (dolor 1-10) con buttonhole: media 2.530 DE:2.45

Sensación de dolor según escala EVA (dolor 1-10) sin buttonhole: media:5.180 DE:1.77

Disminución significativa de la percepción del dolor según escala EVA de los enfermos a los cuales se les ha realizado el buttonhole

No se han evidenciado la aparición de aneurismas

No se han evidenciado signos de infección en ninguno de los enfermos realizando en todos los casos técnica de doble asepsia.

Las presiones intradiálisis venosas y arteriales no han tenido cambios significativos con respecto a los enfermos sin buttonhole.

Al finalizar el año 2018 el número de enfermos prevalentes con buttonhole son 8.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En nuestra experiencia es una técnica adecuada para enfermos con fístula de difícil punción y escaso desarrollo así como para enfermos que refieren un grado elevado de sensación de dolor.

Disminuye significativamente tanto la sensación de dolor como el tiempo de hemostasia, no han aparecido aneurismas y tampoco signos de infección.

Se necesita un personal formado y altamente motivado para que así, una vez instaurada la técnica se consolide.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/179 ===== ***

Nº de registro: 0179

Título
BUTTONHOLE: TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Autores:
LACASA SANCHEZ ALICIA, RUIZ CRIADO JORGE, FERNANDEZ RODRIGUEZ FRANZ MARCELO, GASCON FUERTES ESTHER, ACERO CARRERO ALMUDENA, SORIANO PUERTOLAS ISABEL, VILAR BONACASA BEATRIZ, FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0179

1. TÍTULO

BUTTONHOLE TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermos renales en tratatamiento en hemodiálisis
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejora canalizacion de accesos vasculares problemáticos en diálisis

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años el envejecimiento de la población hace que los pacientes que se inician en Hemodiálisis sean mayores de 60 años. Esta nueva situación conlleva y trae asociado una mayor comorbilidad de nuestros pacientes, y número de patologías, que contribuyen a un peor estado del acceso vascular (peor desarrollo con mayor dificultad para la punción).
La evidencia científica coincide en la importancia de los cuidados enfermeros efectivos en la FAVI para conseguir una técnica de punción adecuada de la misma y un óptimo desarrollo y permeabilidad de esta, prolongar su supervivencia y minimizar las complicaciones relacionadas con su disfunción (estenosis, aneurismas, trombosis, infección...).

RESULTADOS ESPERADOS

Incorporar en esta técnica de punción a los enfermos portadores de fístulas arterio-venosas complicada o de difícil acceso.
Realizar este tipo de punción en los enfermos que sufren disconfor a la hora de las punciones.
Mostrar la experiencia en nuestra unidad de Hemodiálisis tras la incorporación de la técnica de buttonhole en la práctica clínica diaria.

MÉTODO

Revisar protocolo de creación de buttonhole y canalización del mismo/.
Impartir las sesiones informativas (clínicas y prácticas) necesarias con el fin de formar a todos los miembros del equipo de hemodiálisis, dotándolos de confianza y seguridad a la hora de realizar esta actividad asistencial.

INDICADORES

La población diana serán todos los enfermos prevalentes e incidentes de nuestra unidad en programa de hemodiálisis.
Al finalizar el año se valorará el número de enfermos que han empezado con esta técnica y en cuantos de ellos ha sido posible la creación con éxito del buttonhole.
En cada enfermo con buttonhole se medirán los siguientes parámetros:
- tiempo en el que se realiza el buttonhole
- tiempo de hemostasia
- formación de aneurismas
- cuantificación de dolor según escala EVA
- presiones intradiálisis arterial y venosa
- signos de infección.

DURACIÓN

El tiempo estimado es de un año prorrogable.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0204

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ALMUDENA ACERO CARRERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ CRIADO JORGE
VICENTE VICENTE ANA
GASCON FUERTES ESTHER
NAVARRO BURIEL MARIA PILAR
SORIANO PUERTOLAS ISABEL
ALARCON DIAZ LORENA
CAMELO HERNANDEZ ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Al inicio del proyecto se realizaron 2 sesiones informativas a todo el personal de la unidad (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) para explicar el proyecto de calidad. Se creó una hoja en word para la recogida de los datos que incluía: variables personales, variables de hemodiálisis, Índice de Barthel, Índice de Charlson, Comorbilidad previa a la diálisis y Test Delta. Se han recogido todos los datos anteriores de todos los pacientes de la unidad de hemodiálisis al inicio del proyecto y de todos los pacientes incidentes en nuestra unidad hasta Dic 2018. Además se ha recogido el tiempo dedicado por parte de enfermería y auxiliares a cada paciente de la unidad en su situación basal y nuevamente si ha presentado algún ingreso que ha podido aumentar su grado de dependencia. Hasta el momento se han cumplido los plazos marcados en el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En total se han incluido en el estudio a 45 pacientes (35 prevalentes y 6 incidentes). Respecto a la comorbilidad de nuestros pacientes medida por el Índice de charlson el 93.33% de los pacientes han presentado una comorbilidad elevada (Charlson >3) y un 6.6 % presentaron una comorbilidad baja (Charlson 2). El tiempo medio dedicado por el personal de la unidad a cada paciente ha sido de unos 50 min. Respecto del grado de dependencia, según el Índice de Barthel: 48.88% Independientes, 28.88% dependencia leve, 4.4% dependencia moderada, 13.33% dependencia grave y 4.4% dependencia total. Según el Test Delta: 35.55% pacientes válidos, 31.11 % asistidos leves, 15.55% asistidos moderados y un 17.75% asistidos severos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todos los miembros del equipo de calidad y el personal de la unidad de hemodiálisis ha colaborado en la recogida de datos. Los datos obtenidos reflejan la situación de los pacientes de nuestra unidad, objetivándose una comorbilidad muy elevada que concuerda con un grado de dependencia moderadamente elevado. Menos del 50% de nuestros pacientes son válidos (por test Delta) o independientes (por I. Barthel). A mayor comorbilidad, mayor grado de dependencia que conlleva una mayor tiempo de dedicación por parte del personal de hemodiálisis a cada paciente.

7. OBSERVACIONES.
se retira del proyecto a Pedro José Hernández Arnau y en su lugar incluimos a María Pilar Navarro Buriel

*** ===== Resumen del proyecto 2018/204 ===== ***

Nº de registro: 0204

Título
EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

Autores:
ACERO CARRERO ALMUDENA, RUIZ CRIADO JORGE, VICENTE VICENTE ANA, HERNANDEZ ARNAU PEDRO JOSE, GASCON FUERTES ESTHER, SORIANO PUERTOLAS ISABEL, ALARCON DIAZ LORENA, CAMELO HERNANDEZ ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0204

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

Otro Tipo Patología: Hemodialisis
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años, las características de los pacientes que inician una terapia de sustitución renal con hemodiálisis han cambiado debido fundamentalmente al envejecimiento de la población. La edad ha dejado de ser un criterio de exclusión para el inicio de Hemodiálisis, siempre que exista un pronóstico de vida superior a un año. Esto implica una mayor comorbilidad y un aumento de las necesidades de los pacientes de las unidades de hemodiálisis, estando íntimamente relacionado con el grado de dependencia de cada paciente. Los pacientes presentan una mayor discapacidad física, una menor autonomía y autocuidado, una mayor dificultad para conseguir un acceso vascular óptimo, un aumento de la necesidad de catéteres permanentes e incluso un aumento de curas locales por lesiones isquémicas.
El cuidado de los pacientes sometidos a hemodiálisis requiere de un equipo multidisciplinario, nefrólogo, enfermera, auxiliar de enfermería, celadores, etc..
El personal de enfermería es quién establece un contacto más directo y personalizado con los pacientes, procurando una optimización del tratamiento y por lo tanto una mejor calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del presente estudio es determinar el grado de dependencia funcional actual de nuestros pacientes. Comparar los resultados obtenidos al utilizar como instrumentos de valoración el índice de Barthel y el Test Delta (comprobar si hay diferencias en cuanto al grado o nivel de dependencia).
Adecuar y ajustar los cuidados que precisan los pacientes según su grado de dependencia.
Analizaremos la carga de trabajo del personal de enfermería para intentar organizar las salas de hemodiálisis según los grados de dependencia de los pacientes para garantizar una atención adecuada e individualizada.

MÉTODO

Se realizarán sesiones informativas, previas al inicio del proyecto, a todo el personal de la unidad (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) para explicar el proyecto de calidad.
Se realizará una hoja de recogida de datos mediante el programa Excel.
Se recogerán los siguientes datos de cada uno de los pacientes incluidos: nombre, apellidos, sexo, edad, fecha inicio de hemodiálisis, tiempo en hemodiálisis, tipo de transporte, puntuación de los índices de dependencia Barthel y Delta, índice de Charlson para valorar comorbilidad y tiempo dedicado por parte del personal de enfermería a cada paciente
Para evaluar el grado de dependencia se utilizarán el índice de Barthel y el Test Delta.

INDICADORES

Realizar ambos índices de dependencia a todos los pacientes prevalentes e incidentes en Hemodiálisis al iniciar el proyecto por parte del equipo de mejora para analizar la situación real de los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis.
Recoger todas las variables incluidas en la tabla Excel al inicio del proyecto.
Repetir los índices a los 6 meses, al año y tras algún ingreso de los pacientes para ver si existieran variaciones.
Adecuar los cuidados de nuestros pacientes y el grado de apoyo que necesitan según su grado de dependencia.
Organizar la distribución de los pacientes en nuestra unidad según su grado de dependencia y riesgo para mejorar e individualizar su atención por parte del personal de enfermería.

DURACIÓN

Durante el primer mes se realizarán sesiones informativas a todo el personal de la unidad para explicar el proyecto y se repartirán los pacientes de la unidad de hemodiálisis entre los colaboradores para iniciar la recogida de datos.
En el siguiente mes se realizaran ambos índices de dependencia (Barthel y el Test Delta) a todos los pacientes de nuestra unidad.
Posteriormente entre 1-3 meses para recoger todos los datos de cada paciente e incluirlos en la tabla Excel.
A los 6 meses, al año y tras algún ingreso, se repetirán los índices a todos los pacientes.
Tras analizar la situación real, según el grado de dependencia de los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis, se adecuarán los cuidados de forma individual por parte del personal de enfermería.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0204

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0204

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ALMUDENA ACERO CARRERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ CRIADO JORGE
VICENTE VICENTE ANA
NAVARRO BURIEL MARIA PILAR
BLAZQUEZ SUCH ADORACION
GASCON FUERTES ESTHER
ALARCON DIAZ LORENA
GONZALEZ LANZUELA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Previo al inicio del proyecto se realizaron sesiones informativas a todos los miembros del proyecto y a todo el personal de la unidad (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) para explicar dicho proyecto. Se realizó una hoja de recogida de datos mediante el programa Excel para recoger los siguientes datos de cada uno de los pacientes incluidos: nombre, apellidos, sexo, edad, fecha inicio de hemodiálisis, tipo de transporte, puntuación de los índices de dependencia Barthel y Delta, índice de Charlson para valorar comorbilidad y tiempo dedicado por parte del personal de enfermería a cada paciente. Se incluyeron todos los pacientes prevalentes en hemodiálisis al inicio del proyecto en Junio 2018 e incidentes hasta finalizar el proyecto en diciembre 2019. Se ha cumplido el calendario previsto establecido en el proyecto, ampliándose durante un año más hasta diciembre 2019. Por este motivo se han realizado la recogida de todos los datos de los pacientes incluidos en el momento inicial, a los 6 meses y al año.

El tiempo dedicado a la atención de cada paciente se ha medido en condiciones basales, es decir, no se ha contabilizado los tiempos dedicados a la resolución de alarmas o contratiempos/ incidencias puntuales. Para medir estos tiempos hemos tenido en cuenta tanto las actividades realizadas por el personal de la unidad para cada paciente de forma directa (en contacto con el paciente) como aquellas llevadas a cabo de forma indirecta (necesarias para la correcta atención la paciente pero sin estar en contacto directo con el). Para contabilizar el tiempo dedicado a cada paciente en atención directa hemos tenido en cuenta los tiempos dedicados a las siguientes actividades: pesar a los pacientes antes y después del tratamiento, tumbiar a los pacientes en la cama o ayudarlos según el caso, levantarlos, conexión del paciente al monitor, toma de constantes, desconexión del paciente del monitor, curas, lavado del catéter, preparación de la medicación y el tiempo dedicado a repartir desayunos y meriendas y administrarlos si fuese necesario. Para contabilizar el tiempo en la atención de forma indirecta, hemos tenido en cuenta los tiempos dedicados a las siguientes actividades: montaje, desmontaje y limpieza del monitor, hacer la cama del paciente, pedir las dietas y preparación del material. Los tiempos se han redondeado a minutos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras revisar los resultados, hemos incluido 61 pacientes en el proyecto de calidad. De los que a 33 pacientes se han realizado las 3 valoraciones (basal, 6 meses y al año), a 13 pacientes solo 2 valoraciones y a 16 pacientes sólo 1 determinación. Esto se ha producido debido a la salida de algunos pacientes de hemodiálisis por fallecimiento o trasplante renal o al incluir pacientes incidentes en hemodiálisis en el último periodo del proyecto. Durante el proyecto ha fallecido 9 pacientes, se han trasplantado 4 pacientes y 2 pacientes se trasladaron a otros centros.

Al inicio del proyecto se incluyeron 45 pacientes, 11 hombres y 34 mujeres con una edad media de 74,5 años. Un 84.44% venían a hemodiálisis en taxi, un 11,16 % en ambulancia y un 4.4 % venían en su coche particular. Respecto del acceso vascular para hemodiálisis en 23 pacientes se utilizaba un catéter tunelizado y en 22 pacientes una fistula arteriovenosa autóloga. Respecto el índice de dependencia de Barthel al inicio 22 pacientes eran independientes, 11 presentaban una dependencia leve, 3 una dependencia moderada, 6 una dependencia grave y 3 una dependencia total. Con los resultados del test delta encontramos que 17 pacientes eran válidos, 14 asistidos leves, 6 asistidos moderados y 8 asistidos severos.

A los 6 meses se recogieron los datos de 47 pacientes, 32 hombres y 15 mujeres con una edad media de 75,6 años. Un 84% venían a hemodiálisis en taxi, un 11,75 % en ambulancia y un 4,25 % venían en su coche particular. Respecto del acceso vascular para hemodiálisis en 27 pacientes se utilizaba un catéter tunelizado y en 20 pacientes una fistula arteriovenosa autóloga. Respecto el índice de dependencia Barthel al inicio 19 pacientes eran independientes, 16 presentaban una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0204

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

dependencia leve, 5 una dependencia moderada, 4 una dependencia grave y 3 una dependencia total. Con los resultados del test delta encontramos que 15 pacientes eran válidos, 11 asistidos leves, 14 asistidos moderados y 7 asistidos severos.

Previo a la finalización del proyecto se analizaron 48 pacientes, 33 hombres y 15 mujeres con una edad media 75,5 años. Un 68.75 % venían a hemodiálisis en taxi, un 27% en ambulancia y un 4.16% venían en su coche particular. Respecto del acceso vascular para hemodiálisis en 26 pacientes se utilizaba un catéter tunelizado y en 22 pacientes una fistula arteriovenosa autóloga. Respecto el índice de dependencia Barthel al inicio 19 pacientes eran independientes, 15 presentaban una dependencia leve, 7 una dependencia moderada, 3 una dependencia grave y 4 una dependencia total. Con los resultados del test delta encontramos que pacientes 14 eran válidos, 13 asistidos leves, 12 asistidos moderados y 9 asistidos severos.

Según el índice de dependencia Barthel aproximadamente un 57% de los pacientes presentaban algún tipo de dependencia; de ellos un 20 % era de grado moderado o severo y un 7,1 % presentaba una dependencia total.

De los 46 pacientes a los que se realizó más de una valoración, 23 de ellos se mantienen en el mismo grado de dependencia, 21 pacientes aumentaron su grado de dependencia y 3 casos ha mejorado su grado de dependencia.

El tiempo medio dedicado a cada paciente por parte del personal e la unidad fue de 54 minutos incluyendo las acciones directas e indirectas, englobando todas las mediciones realizadas en los tres periodos de recogida de datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Uno de los principales hallazgos de nuestro proyecto de calidad ha sido que más de la mitad de los pacientes en nuestra unidad de hemodiálisis presenta algún grado de dependencia según los índices utilizados, que en casi un 30 % de los pacientes es de grado moderado o severo, con requerimientos de ayuda frecuente o permanente.

Como era de esperar los pacientes de mayor edad presentaban un mayor grado de dependencia y el tiempo desde que comenzaron en hemodiálisis no parece influir en el grado de dependencia.

Revisando los ítems de los índices realizados, hemos observado que los requerimientos de ayuda se deben fundamentalmente a déficit físicos, especialmente relacionada con necesidad de ayuda para la movilización y en menor medida a alteraciones conductuales.

Nos parece muy útil la realización de diferentes índices de dependencia en los pacientes de cualquier unidad de hemodiálisis de cara a evaluar su capacidad funcional, para poder aplicar programas de rehabilitación en los mismos y mantener o mejorar su movilidad.

En conclusión, en nuestra unidad de hemodiálisis atendemos a pacientes añosos con un importante grado de dependencia, lo que supone una mayor carga de trabajo para el personal sanitario y muy especialmente el de enfermería.

En ocasiones es difícil atender a este tipo de pacientes con el ratio de personal asignado. Con los datos obtenidos se podría intentar organizar la sala de hemodiálisis según los grados de dependencia de los pacientes para garantizar una atención adecuada e individualizada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/204 ===== ***

Nº de registro: 0204

Título
EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

Autores:
ACERO CARRERO ALMUDENA, RUIZ CRIADO JORGE, VICENTE VICENTE ANA, HERNANDEZ ARNAU PEDRO JOSE, GASCON FUERTES ESTHER, SORIANO PUERTOLAS ISABEL, ALARCON DIAZ LORENA, CAMELO HERNANDEZ ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0204

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

Otro Tipo Patología: Hemodialisis
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años, las características de los pacientes que inician una terapia de sustitución renal con hemodiálisis han cambiado debido fundamentalmente al envejecimiento de la población. La edad ha dejado de ser un criterio de exclusión para el inicio de Hemodiálisis, siempre que exista un pronóstico de vida superior a un año. Esto implica una mayor comorbilidad y un aumento de las necesidades de los pacientes de las unidades de hemodiálisis, estando íntimamente relacionado con el grado de dependencia de cada paciente. Los pacientes presentan una mayor discapacidad física, una menor autonomía y autocuidado, una mayor dificultad para conseguir un acceso vascular óptimo, un aumento de la necesidad de catéteres permanentes e incluso un aumento de curas locales por lesiones isquémicas.
El cuidado de los pacientes sometidos a hemodiálisis requiere de un equipo multidisciplinario, nefrólogo, enfermera, auxiliar de enfermería, celadores, etc..
El personal de enfermería es quién establece un contacto más directo y personalizado con los pacientes, procurando una optimización del tratamiento y por lo tanto una mejor calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del presente estudio es determinar el grado de dependencia funcional actual de nuestros pacientes. Comparar los resultados obtenidos al utilizar como instrumentos de valoración el índice de Barthel y el Test Delta (comprobar si hay diferencias en cuanto al grado o nivel de dependencia).
Adecuar y ajustar los cuidados que precisan los pacientes según su grado de dependencia.
Analizaremos la carga de trabajo del personal de enfermería para intentar organizar las salas de hemodiálisis según los grados de dependencia de los pacientes para garantizar una atención adecuada e individualizada.

MÉTODO

Se realizarán sesiones informativas, previas al inicio del proyecto, a todo el personal de la unidad (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) para explicar el proyecto de calidad.
Se realizará una hoja de recogida de datos mediante el programa Excel.
Se recogerán los siguientes datos de cada uno de los pacientes incluidos: nombre, apellidos, sexo, edad, fecha inicio de hemodiálisis, tiempo en hemodiálisis, tipo de transporte, puntuación de los índices de dependencia Barthel y Delta, índice de Charlson para valorar comorbilidad y tiempo dedicado por parte del personal de enfermería a cada paciente
Para evaluar el grado de dependencia se utilizarán el índice de Barthel y el Test Delta.

INDICADORES

Realizar ambos índices de dependencia a todos los pacientes prevalentes e incidentes en Hemodiálisis al iniciar el proyecto por parte del equipo de mejora para analizar la situación real de los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis.
Recoger todas las variables incluidas en la tabla Excel al inicio del proyecto.
Repetir los índices a los 6 meses, al año y tras algún ingreso de los pacientes para ver si existieran variaciones.
Adecuar los cuidados de nuestros pacientes y el grado de apoyo que necesitan según su grado de dependencia.
Organizar la distribución de los pacientes en nuestra unidad según su grado de dependencia y riesgo para mejorar e individualizar su atención por parte del personal de enfermería.

DURACIÓN

Durante el primer mes se realizarán sesiones informativas a todo el personal de la unidad para explicar el proyecto y se repartirán los pacientes de la unidad de hemodiálisis entre los colaboradores para iniciar la recogida de datos.
En el siguiente mes se realizaran ambos índices de dependencia (Barthel y el Test Delta) a todos los pacientes de nuestra unidad.
Posteriormente entre 1-3 meses para recoger todos los datos de cada paciente e incluirlos en la tabla Excel.
A los 6 meses, al año y tras algún ingreso, se repetirán los índices a todos los pacientes.
Tras analizar la situación real, según el grado de dependencia de los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis, se adecuarán los cuidados de forma individual por parte del personal de enfermería.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0204

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0346

1. TÍTULO

TRÍPTICO PARA REFORZAR EL ADIESTRAMIENTO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ANA VICENTE VICENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALARCON DIAZ LORENA
ACERO CARRERO ALMUDENA
GONZALEZ LANZUELA MARIA JOSE
NAVARRO BURRIEL MARIA PILAR
VILAR BONACASA BEATRIZ
GASCON FUERTES ESTHER
FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Charla informativa al personal de la unidad de diálisis
 - Realización de tríptico sobre el manejo de la Diálisis peritoneal
 - Reeducación y actualización de conocimientos de la técnica de Diálisis Peritoneal
1. Refuerzo en los autocuidados (higiene personal, dieta, ejercicio físico / vida activa, medidas de asepsia en la manipulación del catéter)
2. Tríptico de refuerzo de la práctica de Diálisis Peritoneal
- Información a nuevos pacientes en la consulta ERCA sobre los temas de autocuidados anteriormente nombrados y sobre las diferentes técnicas existentes en terapia renal sustitutiva.
 - Adiestramiento en la técnica de Diálisis Peritoneal (si se hubiera dado el caso):
1. Delantal
2. Tríptico de la práctica de Diálisis Peritoneal
- Registro de la documentación entregada al paciente
 - Encuesta de satisfacción del paciente:
1. ¿Considera que la información sobre el cuidado del catéter fue adecuada?
- Si
- Insuficiente
- No ¿Qué considera que debe mejorar?
2. ¿Considera que el adiestramiento para el manejo de la diálisis peritoneal fue correcto?
- Si
- Insuficiente
- No ¿Qué considera que debe mejorar?
3. ¿El tríptico de apoyo al aprendizaje de la diálisis peritoneal le fue de ayuda?
- Si
- Insuficiente
- No ¿Qué considera que debe mejorar?
4. ¿Considera que puede resolver dudas y problemas fácilmente con el personal de enfermería?
- Si
- Insuficiente
- No ¿Qué considera que debe mejorar?
5. ¿Se siente seguro para comenzar la técnica en su domicilio?
- Si
- No

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Este proyecto se pensó con el fin de reforzar el aprendizaje en la técnica de diálisis peritoneal, ya que es muy importante que se realice con unas medidas de asepsia para evitar posibles complicaciones. La diálisis peritoneal está considerada como la técnica dialítica domiciliar preferente, tanto en su modalidad manual (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria), como en la automatizada (Diálisis Peritoneal Automática), y es la técnica elegida por los pacientes como primera opción de diálisis en un porcentaje considerable. La elección informada y razonada por parte del paciente es el elemento fundamental de decisión. Cuando se hace así, la mayoría de los pacientes escogerían la técnica de diálisis peritoneal frente a la hemodiálisis en centro sanitario.

Recientemente en nuestro centro se ha abierto la consulta ERCA de enfermería, con lo que se ha mejorado notablemente el proceso de aprendizaje tanto de la técnica como de los autocuidados que requieren estos pacientes. También se amplía el proceso de información previa al tratamiento de elección y por lo tanto mejora la toma de decisión del paciente en cuanto a qué tipo de tratamiento renal sustitutivo es más conveniente para sus necesidades y preocupaciones (autonomía e independencia).

Consideramos que es responsabilidad del equipo sanitario de la Unidad de Diálisis el desarrollo de protocolos de actuación, así como promover todas aquellas acciones que mejoren la asistencia y calidad de vida del paciente en Diálisis Peritoneal.

Es por esto, que pensamos que un refuerzo extra para recordar los pasos a seguir al manipular el catéter

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0346

1. TÍTULO

TRÍPTICO PARA REFORZAR EL ADIESTRAMIENTO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL

peritoneal, así como otras medidas higiénicas y dietéticas diarias, sería recomendable tenerlo protocolizado en un tríptico por escrito en papel, que se les pudiera entregar a cada paciente y así llevárselo a su domicilio para consultarlo en el momento que necesitaran. Este tríptico puede mejorar los recursos en sistemas de comunicación por parte del personal sanitario que suponen un aumento en la seguridad, independencia y comodidad para el paciente manteniendo el espíritu de un programa de diálisis domiciliaria.

El tríptico se ha confeccionado de conformidad con el equipo de la Unidad de Diálisis, e incluye información básica y muy visual sobre los pasos a seguir durante la conexión del catéter peritoneal, así como recomendaciones básicas al paciente.

En nuestra unidad hay actualmente cinco pacientes en diálisis peritoneal, a los que se les ha entregado este material de refuerzo para reeducar y renovar conocimientos ya adquiridos, comprobando así malas praxis e incidiendo en las medidas de autocuidados. También se ha hecho hincapié en otras medidas relacionadas con este tratamiento, como es la dieta a seguir (personalizada según sus niveles sanguíneos de fósforo, potasio) y cantidad de líquidos que pueden ingerir, fomentando una vida lo más activa posible y la importancia de una buena higiene corporal y del domicilio.

En el tiempo del estudio no ha habido pacientes nuevos que hayan empezado este tratamiento. Al parecer de gran utilidad este material realizado para el presente proyecto, vamos a seguir usándolo en la unidad, y a los futuros nuevos pacientes que precisen iniciar tratamiento renal sustitutivo de diálisis peritoneal se les entregará el tríptico en consulta cuando empiecen con el entrenamiento.

También han salido de esta terapia 2 pacientes por recibir trasplante o empeorar su estado y comenzar con tratamiento de hemodiálisis en la unidad.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA:

Dada la encuesta de satisfacción al 100% de los pacientes de diálisis peritoneal, los resultados de la misma indican que:

- o La información recibida en torno a todo lo concerniente con el catéter peritoneal (cuidados, signos de alarma, manipulación) ha sido satisfactoria para el 100% de los pacientes.
- o El entrenamiento recibido por el personal de enfermería para aprender la técnica de DP con el delantal según el 100% de los pacientes fue correcto, con tiempo suficiente para dominar la técnica.
- o El tríptico entregado les fue de ayuda en casa al realizar la técnica de diálisis peritoneal solos en sus domicilios para el 100% de los pacientes
- o La confianza y facilidad dada por el personal de enfermería para resolver dudas fue buena para el 100%, aunque aportan la sugerencia de disponer de un teléfono directo con la consulta ERCA de Enfermería para poder contactar con la enfermera ante cualquier eventualidad.
- o Con todo esto, una vez comenzaron el tratamiento en sus domicilios, estuvieron seguros de poder realizarlo sin problemas, según informa la totalidad de los pacientes, aunque manifiestan cierto nerviosismo en las primeras sesiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

Visto los resultados de la entrega del tríptico, y puesto que la consulta ERCA de enfermería sigue creciendo y mejorando constantemente, se ha decidido entregar este material a todo paciente que acuda a la consulta ERCA, con el fin de tener más material supletorio al ya existente tanto para la elección de la técnica que más acorde a sus necesidades le parezca, como para el aprendizaje y reeducación de la técnica de Diálisis Peritoneal.

Pensamos que, al ser muy visual, pueden hacerse una idea más clara de en qué consiste la técnica de diálisis peritoneal. Pueden ver que es una técnica sencilla, limpia y que otorga mucha autonomía.

- Con este material, además, aumentamos los protocolos existentes en la unidad de Nefrología, mejorando así:
- La promoción de aquellas acciones y actuaciones en el ámbito socio-sanitario que puedan mejorar la asistencia y calidad de vida del paciente en diálisis peritoneal.
 - Los programas de entrenamiento de los pacientes en las diferentes modalidades de DP y reforzar el proceso de aprendizaje cuando sea necesario.

7. OBSERVACIONES.

Cambio a un componente del proyecto por traslado a otra unidad de trabajo. Desaparece Isabel Soriano, y entra en su lugar María Jose Gonzalez Lanzuela (mjgonzalez@salud.aragon.es)

El programa informático no me permite añadir el tríptico a la memoria. Si quieren verlo, háganmelo saber y se lo envío de la forma que ustedes me indiquen.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/346 ===== ***

Nº de registro: 0346

Título
TRIPTICO PARA REFORZAR EL ADIESTRAMIENTO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIALISIS PERITONEAL

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0346

1. TÍTULO

TRÍPTICO PARA REFORZAR EL ADIESTRAMIENTO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL

VICENTE VICENTE ANA, ALARCON DIAZ LORENA, ACERO CARRERO ALMUDENA, SORIANO PUERTOLAS ISABEL, NAVARRO BURRIEL MARIA PILAR, VILAR BONACASA BEATRIZ, GASCON FUERTES ESTHER, FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMOS RENALES
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente, en la unidad de diálisis peritoneal de nuestro centro, existe un aumento en el número de pacientes que ha iniciado este tratamiento. Estos pacientes poseen una información básica sobre esta técnica dada previamente en la consulta de ERCA, pero requieren aprender una serie de recursos y habilidades para realizar una buena técnica aséptica y terapia eficaz. Actualmente se informa verbalmente y se pone en práctica la técnica tanto en delantal de práctica como en el mismo paciente cuando tiene el catéter insertado. Por lo que con este tríptico se reforzaría de modo visual dicha información. La DP es una técnica que precisa un adiestramiento y habilidades adecuadas para realizarla correctamente, tanto al inicio del tratamiento como posteriormente para reforzar conocimientos y corregir errores. Cada paciente necesita una atención individualizada, integral y continuada. Para ello proponemos realizar un material educativo de refuerzo en forma de tríptico para tener a la vista cuando están aprendiendo y en sus casas, para poder recordar con él los pasos a seguir para realizar una técnica correcta, además de las charlas educativas y los talleres prácticos.

RESULTADOS ESPERADOS

Acoger al nuevo paciente en la unidad y proporcionarle la información que demande.
Crear un clima de confianza y seguridad entre paciente y personal sanitario.
Educar al paciente en la técnica de DP: enseñanza, realización y seguimiento. El paciente participará activamente en esta técnica.
Reforzar, en consultas sucesivas que realicen al centro, la técnica adecuada e insistir en la importancia de una buena higiene y asepsia.
Conseguir la implicación del paciente para conseguir mayor grado de autonomía.
Todos los pacientes incluidos en el tratamiento DP tendrán este material de apoyo durante su período de aprendizaje.

MÉTODO

Educación en autocuidados del paciente, tanto verbal como en la práctica y con el refuerzo del tríptico.
Charla informativa al personal de la unidad de DP.
Realización del tríptico, así como de un documento de registro de entrega del mismo y una encuesta de satisfacción del paciente.

INDICADORES

Se entregará al 100% de los pacientes incluidos en DP, tanto prevalentes como incidentes.
La evaluación se realizará a través de una encuesta de satisfacción y se llevará un registro de la documentación dada a cada paciente.

DURACIÓN

Se realizará durante un año.
A los pacientes existentes en DP se les entregará el tríptico cuando vengan a consulta de seguimiento, y a los que inicien tratamiento en dicha terapia se les entregará al comenzar con el adiestramiento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1735

1. TÍTULO

REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIO NICOLAS ALBANI PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE PABLO CARDENAS JUAN MARIA
PLAZA BAYO AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se llevó a cabo una selección de los casos diagnosticados de Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño (SAHS) correspondiente a los pacientes que acudieron a consultas externas de Neumología pertenecientes a la agenda NML3. Durante el periodo previsto, se seleccionaron a aquellos pacientes que presentaron una probabilidad baja-media de SAHS, y con ausencia de hipersomnia diurna medida por el cuestionario de Epworth (valor inferior a 12 puntos). Se excluyeron aquellos casos con profesiones de riesgo y que presentaban factores de riesgo cardiovascular que indicaran el tratamiento de esta patología independientemente de su gravedad. Se realizó una revisión manual exhaustiva de los casos permitiendo perfilar los resultados automatizados indicados por el polígrafo. La revisión manual se basó en examinar meticulosamente por épocas de 5 minutos el trazado (basándose de un total de 480 minutos de trazado por prueba). La intención básica se basó en la exclusión de eventos respiratorios mal detectados y la inclusión de aquellos no detectados. Estos resultados fueron plasmados en un documento individualizado (instrumento de recolección) donde se indicaron datos generales del paciente, motivo de solicitud, aspectos antropométricos, clínicos, resultados poligráficos, conclusiones y comentarios o notas finales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo de recolección de datos se solicitaron 56 poligrafías cardiorrespiratorias domiciliarias para descartar SAHS, de las cuales 17 (32.14%) presentaron una probabilidad de SAHS media-baja. La muestra final fue de 7 pacientes (con ausencia de hipersomnia diurna y siguiendo los criterios de inclusión y exclusión previamente citados), correspondientes a un 41.17% de los casos con probabilidad baja-media y al 12.5% del total de la población. La media de edad fue de 56.57 años, y el IMC medio fue de 32.6 k/m². El Epworth medio fue de 8.14 puntos. En relación a los parámetros poligráficos, el IAH total medio automatizado fue de 14.36 y el manual de 10.92, ambos en posición supina. En relación a los eventos, la diferencia del total de las medias de eventos automatizados en relación a los corregidos fue de 40.42 a favor de la valoración manual (sustracción de 118.27 eventos automatizados menos los 77.85 eventos manuales). Las variables IDO y CT90 no mostraron diferencias puntuales en relación a la poligrafía automatizada ya que la sensibilidad para su detección fue bastante precisa, con una media de 40,14% y de 26.5 d/h, respectivamente. La saturación de oxígeno media de la muestra fue del 85%. Se evidenció un cambio en la gravedad del SAHS de moderado a leve en 3 casos, de leve a roncopatía simple en 2 casos, permaneciendo la gradación inalterada en los restantes 2 casos (leve a leve, y moderado a moderado). De los 7 pacientes valorados, sólo 3 pacientes fueron susceptibles de recibir la terapia CPAP, evitando su colocación en el resto. El impacto de este proyecto piloto reside en la importancia de la individualización en el diagnóstico y tratamiento del SAHS, así como el hecho de considerar la gran variabilidad de los resultados en relación a los estudios de sueño no vigilados, como es el caso de la poligrafía cardiorrespiratoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se recomienda, tal cual como se comenta en la bibliografía nacional e internacional de consensos y normativas para el diagnóstico y tratamiento del SAHS, realizar una revisión manual de la poligrafía cardiorrespiratoria domiciliar para estimar los resultados reales y así no realizar prescripciones injustificadas para el paciente. De igual forma, permite perfilar los eventos respiratorios de acuerdo a las características generales. La individualización del diagnóstico inicial en esta patología permite ser una estrategia coste-efectiva en nuestro entorno evitando la sobrestimación derivada de los errores de la valoración automatizada. No obstante, los resultados indicados fueron limitados por el número de casos debido a los criterios estrictos de selección de los pacientes. La revisión manual es un aspecto relevante contemplado en guías y normativas, que debe ser realizado estrictamente por neumólogos con experiencia en el tema. Las limitaciones en su ejecución se basan en el tiempo que requiere para ser valorada (aproximadamente de 30-40 minutos, incluyendo la emisión del informe final), así como la formación del personal que la interpreta. Su mayor ventaja reside en la ausencia de gastos añadidos al sistema de salud, perfilando los casos que realmente son susceptibles a recibir tratamiento específico y descartando a aquellos en los que no está indicada la terapia. En esta valoración, se permitió perfilar el tipo de paciente y evitar la indicación injustificada de la terapia CPAP en más de la mitad de los casos. En general, la revisión manual no sólo debe ceñirse a este subgrupo de pacientes, sino también debe hacerse generalizada a todos aquellos a los cuales se les ha indicado una poligrafía cardiorrespiratoria para el diagnóstico de SAHS. Este hecho permitiría obtener una mejor aproximación en el diagnóstico individualizado y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1735

1. TÍTULO

REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

una conducta final ajustada a cada caso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1735 ===== ***

Nº de registro: 1735

Título
REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Autores:
ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS, DE PABLO CARDENAS JUAN MARIA, PLAZA BAYO AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) es considerado un problema de salud pública con un elevado infradiagnóstico y que representa un factor de riesgo en el desarrollo de eventos cardiovasculares. El colapso parcial o total de la vía aérea superior (VAS) se produciría como consecuencia de un desequilibrio de fuerzas entre las que tienden a cerrarla y las que la mantienen abierta. El diagnóstico del SAHS se confirma con un índice de apneas/hipopneas (IAH) superior a 5, asociado a síntomas relacionados con la enfermedad (hipersomnia diurna, roncopatía, apneas presenciadas) y no explicados por otras causas. La Polisomnografía (PSG) se considera la prueba "Gold Estándar" para su diagnóstico. En recientes documentos de consensos avalados por la SEPAR, la Poligrafía Cardiorrespiratoria (PR) ha cobrado importancia en su diagnóstico, siendo la prueba de elección ante pacientes con probabilidad clínica media-alta. Sus ventajas radican en su simplicidad de ejecución y el impacto en el bajo coste sanitario.

Los resultados de la PR se obtienen con la medición automatizada del equipo. La revisión manual cobra importancia ante eventos no detectados automáticamente y en los falsos positivos, disminuyendo los errores en la interpretación por defecto. Estas situaciones pueden interferir con el grado de diagnóstico y a su vez con el tratamiento del SAHS

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la valoración en pacientes con sospecha clínica baja-media de SAHS, a través de la corrección manual de los eventos respiratorios en el registro poligráfico.
Modificar el grado de SAHS dependiente de la valoración manual poligráfica.
Emisión de informe de Poligrafía corregida.
Realizar una correcta prescripción del CPAP y/o medidas higiénico-dietéticas del sueño.
Reducirlos gastos sanitarios derivados de la interpretación automatizada.

MÉTODO
Inicialmente, se seleccionarán los pacientes susceptibles de la intervención, con un grado de probabilidad clínica media-baja, y en los que se presenten dudas en el trazado general obtenido de forma automatizada, o cuya clínica no se relacione con los resultados obtenidos. Una vez obtenida la interpretación automatizada del registro poligráfico (480 minutos de grabación), se procederá a su revisión manual por épocas de 5 minutos, para detectar los eventos respiratorios (apneas, hipopneas), y así valorar el trazado (eventos detectados incorrectos y no detectados). De igual forma, se observarán las variables oximétricas (desaturaciones) y cardíacas, así como su relación con los eventos citados. Tras la corrección, se emitirá un informe final que permitirá obtener el número real eventos y los índices a evaluar, especialmente el IAH, IDH y CT 90, así como otras variables sujetas a la interpretación del registro.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1735

1. TÍTULO

REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Calcular la diferencia entre el IAH, IDO y CT90 obtenidos automáticamente con el corregido de forma manual.
Valorar la gravedad del SAHS tras la corrección manual.
Prescripción del CPAP de acuerdo a parámetros clínicos
Comprobar una relación coherente entre el grado de SAHS y la indicación del CPAP.

DURACIÓN

Se valorarán los pacientes durante el periodo de Octubre de 2017 a Octubre de 2018, susceptibles a la intervención.
Perfeccionar en diagnóstico del SAHS mediante la corrección manual de los registros poligráficos en pacientes con probabilidad clínica baja-media, susceptibles a ser tratados con CPAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0059

1. TÍTULO

VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MARIO NICOLAS ALBANI PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE PABLO CARDENAS JUAN MARIA
PLAZA BAYO AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el periodo contemplado de marzo de 2018 a febrero de 2018 fueron incluidos prospectivamente aquellos pacientes con antecedentes de factores de riesgo cardiovascular y con sospecha de SAHS susceptibles a la intervención que acudieron a la consulta externa de Neumología (agenda NML-3), y en los que se solicitó la Poligrafía respiratoria (PR) para descartar o confirmar la enfermedad. Fueron seleccionados aquellos individuos en los que la valoración poligráfica automatizada mostró resultados incongruentes con los síntomas y los factores de riesgo de base, y en los que consecutivamente la valoración manual tuvo un peso relevante ante la resolución de dudas. Se recolectaron datos generales clínicos, antropométricos, antecedentes de FRCV, así como eventos cardiovasculares mayores previos. Otros aspectos como el origen de los casos motivos de derivaciones y escala de hipersomnia (Epworth), fueron incluidos.

El objetivo fue determinar si realmente los pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV) evaluados eran candidatos o no de forma estricta a un tratamiento con CPAP, en base a los criterios de indicación proporcionado por las guías clínicas de uso actual.

La valoración manual consistió en una corrección estricta y minuciosa por épocas de 5 minutos del trazado poligráfico (empleando el software del equipo Polígrafo SleepGo), de un total de 480 minutos registrados, con la intención de modificar (cambiar el tipo y/o duración), eliminar o añadir eventos respiratorios (apneas e hipopneas), ña evaluación de la esfera oximétrica y la respuesta cardiaca medida por la frecuencia del pulso, así como la presencia o no de repercusiones hemodinámicas determinadas como aceleraciones y desaceleraciones.

Tras la corrección, se introdujeron los datos en un formulario individual en el que se reflejaron aspectos generales, antropométricos, procedencia y las variables cardiorrespiratorias citadas, así como un diagnóstico final y una gradación definitiva de la enfermedad en caso de padecerla (No SAHS, SAHS leve, moderado, severo). Se añadieron comentarios sobre factores como la presencia del efecto posicional, la intensidad de la repercusión oximétrica nocturna y el pulso, de acuerdo a la importancia de los hallazgos obtenidos por cada paciente.

Finalmente, y de forma individualizada, se propusieron las acciones terapéuticas y comentarios finales correspondientes en relación al trazado o a los hallazgos relacionados con la interpretación general (asociando los aspectos clínicos como poligráficos).

Cada informe fue impreso e incorporado en el historial clínico de cada paciente.

Los datos obtenidos en este estudio fueron incorporados y analizados con el programa estadístico SPSS v.23. Se realizaron análisis descriptivos de los datos y comparaciones entre medias de variables empleando la prueba T para variables relacionadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De un total de 157 estudios de sueño realizados en la agenda NML3 de Neumología, se seleccionaron 55 casos (35,03%) que cumplieron con los criterios requeridos. Predominó el género masculino en el 63,6% de los casos y la edad media fue de 60,80 (13,08) años. Desde el punto de vista antropométrico, el índice de masa corporal (IMC) medio fue de 34,68 (5,99) k/m2. Las derivaciones fueron en su mayoría procedentes de atención primaria (70,9%), seguidas por cardiología (16,4). El motivo principal de consulta fue la combinación de apneas y roncopatía en un 76,4%, seguido por la presencia de los factores: apneas, roncopatía e hipersomnia con un 14,5%. La hipersomnia diurna medida por el cuestionario Epworth reflejó una media de puntaje total de 10,26 (5,74) puntos.

Todos los pacientes presentaron al menos 1 factor de riesgo cardiovascular (FRCV) demostrado (hipertensión arterial, dislipemia, arritmias cardiacas, cardiopatía isquémica, o algún evento mayor cardiovascular en sus antecedentes). El FRCV más frecuente fue la HTA en un 90,9%, seguido por la dislipemia (72,2%), diabetes mellitus (31,5%), EPOC (22,6%), Fibrilación auricular (16,7%), y la insuficiencia cardiaca (14,8%). Con respecto a los eventos mayores, el ACV se presentó en un 3,7% y la cardiopatía isquémica en un 9,3% de los casos. La depresión y la ansiedad fueron otras comorbilidades valoradas, con una frecuencia de 8,9% y 6,7%, respectivamente; también estuvo presente el hipotiroidismo en un 9,3% de los casos.

El índice de apneas-hipopneas (IAH) automatizado medio fue de 29,49 (18,72) y el índice global de apneas e hipopneas fue de 231,64 eventos. En contraste, el IAH medio corregido fue de 33,81(20,19) y se expresó una media global de apneas e hipopneas de 102,31. El índice medio de ronquido fue de 188,83 eventos por hora de registro, predominando en escala de gradación la roncopatía leve (51,9%), seguida por la moderada (38,9%). El efecto posicional fue negativo en el 76,4% de los casos, aunque la positividad de los casos restantes no lograban corregir completamente el IAH hasta su normalización.

Desde el punto de vista oximétrico, el CT90 medio automatizado fue de 51,38% (32,56), y el IDH4% correspondiente fue de 40,87 (20,98). La saturación de oxígeno media fue de 87,89% (4,57), y la frecuencia cardiaca media de 67,09 (10,91) pulsaciones. Existió un intenso compromiso de aceleraciones y desaceleraciones del pulso que fueron registradas en el 49,1% de los estudios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0059

1. TÍTULO

VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Se observó un intenso cambio en la estratificación de la gravedad del SAHS, sobre todo en el grupo "SAHS moderado" (de 30,5% automatizados, que pasaron a ser el 52,5% de los casos). Los grupos de SAHS leve y severo permanecieron casi inalterados, con sutiles cambios porcentuales.

Al establecer comparaciones entre ambos resultados, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los automatizados por el software del Polígrafo SleepGo y los obtenidos tras una revisión exhaustiva. Las variaciones entre los grupos fueron manifiestas al realizar la comparación entre el IAH automatizado y el que ha sido posteriormente corregido ($p=0,01$).

El porcentaje de pacientes en los que se evitó la prescripción del CPAP y que contaban inicialmente con criterios de indicación, es decir, beneficiados tras la corrección manual del registro, fue del 9,1%. En el restante 90,9% de los casos se indicó el dispositivo. La presión media aplicada según la fórmula empírica fue de 8,2 (1,71) cmH₂O. El suplemento de oxígeno no se precisó inicialmente en el 97,6% de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La individualización de los pacientes con SAHS es esencial. Cuando coexisten factores de riesgo cardiovascular (FRCV), los resultados pueden ser incluso más intensos y abrumadores, obligando al facultativo a tomar decisiones clínicas. El CPAP es la terapia gold estándar para esta patología, y debe ser indicada en casos con FRCV intensos y que presenten un IAH igual superior a 5. Es indispensable valorar la magnitud de la repercusión oximétrica y de otros parámetros poligráficos para afinar en el tratamiento de este tipo de pacientes, y consecuentemente determinar si es necesaria o no la indicación de estas terapias.

Por este motivo, la corrección manual de todos los trazados poligráficos continúa siendo indispensable ya que existe una gran variabilidad en cuanto a la cuantía de eventos obtenidos por automatización y errores que solo pueden ser detectados cuando se valora manualmente. Por estos motivos, las repercusiones reales del trazado son detectadas cuando el facultativo valora con cautela y minuciosidad los registros. Este aspecto es contemplado en la actualidad en guías de práctica clínica y es esencial en el establecimiento de un correcto tratamiento y la toma de decisiones en cuanto a la necesidad de intensificación terapéutica.

El alcance y los resultados de este proyecto ha sido de gran importancia de cara a establecer la indicación estricta en base a la individualización de cada paciente que presentan de base factores de riesgo cardiovascular, pudiendo ser beneficiados un grupo de pacientes que realmente no necesitan el tratamiento CPAP. Además, son manifiestos los cambios significativos en los valores de IAH corregido al comparar con los parámetros automatizados. Por estos motivos, es imprescindible afianzar la idea de realizar una corrección manual de cada estudio de sueño, sobre todo en aquellos en donde existen dudas de prescripción de terapias respiratorias como es el caso del CPAP, para el tratamiento del SAHS. Desde el punto de vista de aplicación, es factible y económico, ya que no requiere gastos adicionales de cara a las necesidades del servicio, pero por el contrario, requiere tiempo en su realización y una experiencia suficiente para poder interpretarlo y llevarlo a cabo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/59 ===== ***

Nº de registro: 0059

Título
VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Autores:
ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS, DE PABLO CARDENAS JUAN MARIA, PLAZA BAYO AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño (SAHS) es considerado como un problema actual de salud pública que permanece infradiagnosticado y que está en relación con diversos trastornos en la esfera cardiovascular. La

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0059

1. TÍTULO

VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

alteración fisiopatológica se basa en una obstrucción parcial o total de la vía aérea superior durante el sueño, que condiciona la clínica de roncopatía y apneas, produciendo intensas desaturaciones nocturnas. Su diagnóstico se confirma con un índice de apneas-hipopneas (IAH) superior o igual a 5, asociado a la clínica típica de la enfermedad. En esta situación se han documentado diversos mecanismos intermedios metabólicos y neuro-hormonales con repercusión a nivel sistémico que inducen al desarrollo de eventos cardiovasculares, un efecto negativo en la calidad de vida, e incluso, a su conocido rol como causante de accidentes de tráfico. Las entidades nosológicas más relevantes con las que se guarda relación son la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial, el ictus, la insuficiencia cardiaca, entre otros. El tratamiento con CPAP en estos pacientes ha demostrado ser coste-efectivo, disminuyendo en general el riesgo de padecer eventos mayores cardiovasculares y disminuyendo la mortalidad en este perfil de individuos.

Con respecto al diagnóstico, a pesar de que la polisomnografía es reconocida como el Gold Estándar en el diagnóstico de esta entidad, la poligrafía cardiopulmonar (PR) se ha consagrado en la práctica habitual gracias a su importante papel en los últimos tiempos, siendo una prueba fiable en el diagnóstico del SAHS debido a su fácil implementación, bajo coste y comodidad de ejecución. Actualmente esta prueba es avalada por diversas sociedades nacionales e internacionales y se ha generalizado su aplicación en la práctica clínica habitual. Habitualmente, los resultados de los estudios no monitorizados como la PR se obtienen de una valoración automatizada realizada por un software, determinando los eventos respiratorios y calculando la gravedad de la enfermedad, con una alta sensibilidad. No obstante, los errores en la interpretación automática deben de ser valorados y corregidos mediante una minuciosa evaluación manual de los trazados, realizada por un personal especializado en los trastornos del sueño.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la valoración de los pacientes con sospecha de SAHS que asocian factores de riesgo cardiovascular a través de la corrección manual del trazado poligráfico.
- Modificar el grado de SAHS derivado de la revisión manual.
- Emisión de informe individualizado de la poligrafía cardiopulmonar (PR) corregida.
- Realizar una correcta aproximación terapéutica ajustada de forma individualizada, empleando las medidas higiénico-dietéticas generales y/o tratamiento con CPAP.
- Disminuir la repercusión en costes sanitarios derivados de los errores de la automatización.

MÉTODO

Los pacientes susceptibles a la intervención serán aquellos adultos con sospecha de SAHS que acuden a la consulta externa, y en los que se solicita la PR para descartar o confirmar la enfermedad. Se seleccionarán aquellos pacientes en los que la valoración automatizada muestre resultados incongruentes con los síntomas y los factores de riesgo de base, y en los que la valoración manual tenga un peso relevante ante una situación clínica compleja que precise de una revisión exhaustiva.

La valoración manual consistirá en una corrección estricta y minuciosa por épocas de 5 minutos del trazado poligráfico (de un total de 480 minutos registrados), con la intención de modificar, eliminar o añadir eventos respiratorios, de acuerdo a lo observado. Asimismo, se valorará la esfera oximétrica y cardiaca. Tras la corrección, se emitirá un informe final individual en el que se reflejarán los datos cardiopulmonares con un diagnóstico final, y se obtendrá una gradación definitiva de la enfermedad en caso de padecerla. De igual forma, se propondrán opciones terapéuticas y comentarios finales en relación al trazado o a hallazgos significativos relacionados con su interpretación general.

INDICADORES

- Valorar la diferencia absoluta entre el IAH automatizado y el manual.
- Determinar las gravedad del SAHS real una vez se realice la valoración manual del trazado.
- Valorar el número de pacientes sujetos a recibir tratamiento con CPAP y aquellos en los que tras la intervención demuestre no ser susceptibles a la terapia.

DURACIÓN

Se valorarán pacientes entre marzo de 2018 y marzo de 2019 susceptibles a la intervención

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0769

1. TÍTULO

TITULACION DOMICILIARIA CON PULSIOXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) BAJO TRATAMIENTO CON CPAP

Fecha de entrada: 24/12/2019

2. RESPONSABLE MARIO NICOLAS ALBANI PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABALLERO CASTRO JULIEN PAOLA
PEINADO GARCIA JENIFER
PLAZA BAYO AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se incluyeron a los pacientes que acudieron a la consulta de Neumología del Hospital Obispo Polanco de Teruel (Agenda 3) y que fueron diagnosticados de SAHS por poligrafía respiratoria entre marzo y diciembre de 2019. Se seleccionaron aquellos pacientes susceptibles de realizar una intervención de titulación de presiones. Los criterios de inclusión en la selección de pacientes fueron los siguientes: presencia de al menos dos factores de riesgo cardiovascular, antecedente de enfermedad cardiaca o de evento cardiovascular mayor, actividades profesionales relacionadas con la conducción de vehículos. La titulación se llevó a cabo en el domicilio de los pacientes, a través de un registro pulsioximétrico nocturno bajo el tratamiento con la presión empírica inicial. Una vez obtenido el registro, se expuso en un informe definitivo que indicó aspectos antropométricos y el trazado general pulsioximétrico, las mediciones de saturación periférica de oxígeno mínima y media, índice de desaturaciones/hora (IDO 4%) y porcentaje de tiempo con saturación inferior al 90% (CT90). Estos datos fueron incorporados a un formulario individual, e introducidos en la historia clínica electrónica. De acuerdo a los resultados, determinado por valores patológicos de las variables antes comentadas, se realizó la intervención y el cambio o no de las presiones del CPAP. Los datos obtenidos fueron incorporados y analizados con el programa estadístico SPSS v.23.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se seleccionaron un total de 48 casos de pacientes susceptibles a la intervención. La edad media fue de 56,73 ($\pm 13,9$) años. Todos los pacientes tuvieron un SAHS de grado severo (100%). El género masculino predominó en un 85,4%. Con respecto a los valores de antropometría, el peso medio fue de 94,04 ($\pm 14,83$) Kg, y el índice de masa corporal (IMC) medio fue de 33,11 ($\pm 5,11$) k/m²; del total, un 70,8% de los pacientes eran obesos (al menos con un IMC de 30 k/m²). Los valores de saturación de oxígeno media detectadas en el registro de 8 horas fue de 91,15 ($\pm 2,96$)%, la saturación mínima detectada tuvo una media de 72,77 ($\pm 12,14$)%, el CT90 medio (tiempo total del registro en que la saturación de oxígeno está por debajo del 90%) fue de 27,53 ($\pm 11,24$)% y el índice de desaturaciones / hora medio (IDH al 4%) fue de 13,78 ($\pm 10,10$). Con respecto a la variable pulso, la frecuencia media fue de 62,67 (± 12) lpm. Un 97,9% de los pacientes evaluados no presentaron episodios cuantificados de aceleraciones y desaceleraciones. Desde el punto de vista terapéutico, la presión media indicada (por formulaciones matemáticas, empíricas) fue de 8,27 ($\pm 1,85$) cmH₂O. Se detectó un total de 16 casos (33,33%) cuyo control fue deficiente con la presión inicial, y que consecuentemente necesitaron ajuste de la presión. La presión media final fue de 8,73 (± 2) cmH₂O. En 4 pacientes (8,3%) hubo necesidad de colocar o mantener oxigenoterapia domiciliaria suplementaria, y solo 1 caso (2,1%) precisó de cambio de CPAP a dispositivo binivel (BPAP).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La individualización de los pacientes con SAHS es una parte principal en el manejo y tratamiento. En el caso de la pulsioximetría, continúa siendo un método accesible y que aporta información consistente en la valoración de la respuesta nocturna al CPAP. En el caso de este proyecto, este método permitió que se detectaran problemas con la presión empírica inicial en el 33,33% de los casos (un tercio del total) y se realizaran las intervenciones terapéuticas oportunas (incremento de la presión inicial 1 o 2 puntos sobre la inicial). El alcance de este proyecto es extrapolable al panorama con pacientes bajo otras terapias respiratorias (oxigenoterapia nocturna, ventilación mecánica no invasiva domiciliaria), y es una herramienta más en la práctica que permite tomar medidas ante situaciones clínicas que no son claramente perceptibles desde el punto de vista clínico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/769 ===== ***

Nº de registro: 0769

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0769

1. TÍTULO

TITULACION DOMICILIARIA CON PULSIOXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) BAJO TRATAMIENTO CON CPAP

Título

TITULACION DOMICILIARIA CON PULSIOXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) BAJO TRATAMIENTO CON CPAP

Autores:

ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS, CABALLERO CASTRO JULIEN PAOLA, VICARIO BERMUDEZ JUANA MARIA, PEINADO GARCIA JENIFER, PLAZA BAYO AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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 apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es una entidad con una alta prevalencia que depende de diversas variables clínicas. La terapia más eficaz para su tratamiento es la CPAP (presión continua positiva de la vía aérea), asociada a medidas higiénico-dietéticas generales. A muchos de los pacientes tratados se les estima inicialmente una presión empírica a través de fórmulas matemáticas, calculadas en dependencia de variables como el índice de masa corporal, el índice medio de eventos respiratorios del registro poligráfico o polisomnográfico, y el perímetro del cuello del paciente. A pesar de que dicho cálculo es aproximado, en diversas circunstancias se puede sobre todo infraestimar la presión real que puede corregir los eventos y la oxigenación de forma efectiva. La respuesta a la terapia con CPAP es positiva desde el punto de vista clínico con la mejoría de los síntomas motivo de consulta (desaparición de la somnolencia diurna, los ronquidos y las apneas presenciadas); pero a pesar de esto, pueden persistir desaturaciones nocturnas y eventos respiratorios residuales, es decir, un control deficiente o parcial de la enfermedad a pesar de una mejoría subjetiva por parte del paciente o medida por cuestionarios de somnolencia. Esto podría influir negativamente sobre la evolución y pronóstico, ya que se ha demostrado que un control parcial del SAHS podría influir negativamente en el pronóstico, sobre todo en su implicación sobre el control de los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de eventos futuros. La eficiencia del tratamiento con el CPAP se puede valorar a través de titulaciones con métodos externos validados (pulsioxímetros, polígrafos, polisomnógrafos), así como por determinaciones intrínsecas del propio dispositivo (software) y el empleo del auto-CPAP (CPAP automático). Considerando que los medios para titular y confirmar las presiones definitivas dependen en gran medida de los recursos hospitalarios, se propone una forma de titulación sencilla, con reducción de costes y recursos, empleando métodos indirectos al alcance de nuestro centro. En este caso, la pulsioximetría domiciliaria permite una aproximación indirecta eficiente en la valoración de la respuesta a la terapia con CPAP.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar el tratamiento con CPAP en pacientes diagnosticados de SAHS a través de la titulación domiciliaria con pulsioximetría nocturna.

MÉTODO

Se incluirán a pacientes susceptibles de la intervención. De la totalidad de pacientes valorados por sospecha de SAHS en consultas externas de Neumología del Hospital Obispo Polanco de Teruel, se seleccionarán aquellos pacientes susceptibles de realizar una intervención de titulación de presiones. Los criterios de inclusión en la selección de pacientes serán los siguientes: presencia de al menos dos factores de riesgo cardiovascular, antecedente de enfermedad cardíaca o de evento cardiovascular mayor, actividades profesionales relacionadas con la conducción de vehículos. La titulación se llevará a cabo en el domicilio de los pacientes, a través del registro pulsioximétrico nocturno bajo el tratamiento con la presión empírica inicial. Una vez obtenido el registro, se expondrá en un informe definitivo que indicará el trazado general pulsioximétrico, las mediciones de saturación periférica de oxígeno mínima y media, índice de desaturaciones/hora (IDO 4%) y porcentaje de tiempo con saturación inferior al 90% (CT90). Además, se propone analizar variables clínicas generales como las comorbilidades y aspectos antropométricos de los pacientes y su relación con los resultados pulsioximétricos obtenidos. De acuerdo a los resultados y a un control deficiente de la oxigenación o la presencia de eventos, determinado por valores patológicos de las variables antes comentadas, permitirán la intervención y el cambio o no de las presiones del CPAP.

INDICADORES

- % de pacientes susceptibles de titulación domiciliaria: N° pacientes titulados / Total de pacientes diagnosticados de SAHS en consultas x 100
- % de pacientes con presiones correctas detectadas : N° de pacientes con controles pulsioximétricos correctos / Total de pacientes titulados x 100
- % de pacientes con CPAP con cambios de presión de CPAP : N° pacientes que han requerido cambios de presión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0769

1. TÍTULO

TITULACION DOMICILIARIA CON PULSIOXIMETRIA NOCTURNA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) BAJO TRATAMIENTO CON CPAP

$x 100 / \text{Total de pacientes titulados} \times 100$

- Media absoluta de variación de la presión de CPAP : Presión CPAP media final de casos titulados - Presión CPAP media inicial de casos titulados

DURACIÓN

Fechas estimadas:

- Intervenciones y recolección de datos: Del 1 de Marzo al 31 de Diciembre de 2019.

- Interpretación de resultados y elaboración de memoria: Del 1 al 31 de Enero 2020.

Duración total del proyecto: 11 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0069

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE LAURA JARAUTA LAHOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDO QUINTANA NATALIA
SANZ ASIN JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado varias infiltraciones de toxina botulínica en dos pacientes:

- Un paciente con Enfermedad de Parkinson Avanzada: ha sido infiltrado en 3 ocasiones, empezando por dosis mínima en cada glándula y escalando dosis hasta máximas.
- Una paciente con diagnóstico de ELA. Una infiltración a dosis estándar de toxina tanto en glándulas submandibulares como parótidas. .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultado en primer paciente: El tiempo de intervalo entre una infiltración y otra fue aproximadamente de 2-3 meses (según lo estándar).En la primera, la respuesta fue parcial, con mejoría del 70% subjetivamente, siendo valorada esta respuesta a las 2 semanas, y valorando efectos secundarios en las siguientes 24-48 horas siguientes a la infiltración. Duración de la mejoría corta, de aproximadamente 15 días. En segunda infiltración mejoría del 50% durante unas 2 semanas. En tercera infiltración mejoría de < 30% con aparición de disfagia que posiblemente estuviera en relación a la infiltración y que cedió de forma espontánea en 2 semanas.

Resultado en segundo paciente:No efectos secundarios ni mejoría. La paciente prefirió no volver a infiltrar.

Métodos y actividades: el método y medidas higiénicas se llevaron a cabo según explicaba el proyecto. Sin incidencias.

Indicadores:

- Pacientes que tras ser seleccionados como candidatos a la infiltración de toxina son tratados en menos de 2 meses: 90%..... cumplimiento del 100%
- Firma del Consentimiento Informado: 100%.....cumplimiento del 100%
- Paciente que son infiltrados bajo las medidas de seguridad e higiene especificadas: 100%...cumplimiento del 100%
- Valoración subjetiva de la mejoría antes de la siguiente infiltración: 100%..... cumplimiento del 100%
- Valoración del paciente en aproximadamente 2 semanas tras la infiltración (2-3 semanas): 70%.....cumplimiento del 100%.

Método de obtención: por observación del procedimiento de forma personal y datos de la historia clínica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es recomendable seguir realizando una buena selección del paciente para aumentar el tamaño muestras y la curva de aprendizaje. Según resultados podría valorarse la opción de realizar un rotatorio corto en un Servicio de Neurología cercano para mejorar la práctica de esta intervención.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/69 ===== ***

Nº de registro: 0069

Título
APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Autores:
JARAUTA LAHOZ LAURA, HERNANDO QUINTANA NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0069

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Desde hace muchos años la aplicación percutánea de toxina botulínica en nuestro servicio es una práctica clínica habitual como tratamiento de diferentes trastornos del movimiento (hemiespasma facial, blefaroespasma y diferente tipos de distonías). Desde el año 2015, con la llegada de especialistas formados en este ámbito de la neurología, se amplió la aplicación de esta terapia como tratamiento preventivo de la Migraña crónica. Hasta este momento, existía una laguna en el manejo de la sialorrea secundaria enfermedades neurodegenerativas, concretamente en la Enfermedad de Parkinson y en la Esclerosis Lateral Amiotrófica, afección muy frecuente en la fase avanzada de ambas patologías.

A raíz de la participación en un Focus sobre " Aplicación de toxina botulínica en Neurología" entre Mayo-Junio del 2016 se decide ofertar esta terapia a pacientes seleccionados controlados en las consultas ambulatorias de Neurología. La revisión bibliográfica hasta la fecha avala la utilización de la toxina botulínica mediante inyección percutánea por su eficacia y perfil de seguridad.

El tratamiento más efectivo para la sialorrea es la inyección, en las glándulas salivares intraparotídeas y submandibulares, de toxina botulínica A por vía percutánea (dosis de 30-100 U). Produce una disminución de la producción de saliva y, por lo tanto, del babeo, lo que da lugar a una mejoría subjetiva en el 65% de los casos.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el manejo de los pacientes con sialorrea con el objetivo principal de mejorar su calidad de vida. Se pretende a su vez mejorar la deglución, disminuir la posible repercusión social y evitar los efectos secundarios que pueden provocar los fármacos administrados por vía oral.

MÉTODO

- Una vez seleccionado el paciente y explicado el proceso y posibles efectos secundarios se le hará firmar un consentimiento informado. A continuación, se le dará cita para la inyección de la toxina.
- La infiltración se realizará en CCEE Neurología de manera habitual, aunque en casos de ocupación de la misma se realizará en el despacho de Neurología de la Planta 4ª
- La infiltración se hará previa limpieza de la zona cutánea con Betadine y el especialista se pondrá guantes (no necesariamente estériles)
- La toxina botulínica sobrante (ya sea en el vial como en el recipiente correspondiente) se eliminará según el proceso asignado para "material caducado".
- Se citará al paciente en 2 semanas para revisar eficacia y efectos secundarios (al menos tras la primera administración). Esta medida puede ser difícil de cumplimentar dado que se trata de pacientes en muchas ocasiones con problemas de movilidad y traslado.

INDICADORES

- Pacientes que tras ser seleccionados como candidatos a la infiltración de toxina son tratados en menos de 2 meses: 90%
- Firma del Consentimiento Informado: 100%
- Paciente que son infiltrados bajo las medidas de seguridad e higiene especificadas: 100%
- Valoración subjetiva de la mejoría antes de la siguiente infiltración: 100%
- Valoración del paciente en aproximadamente 2 semanas tras la infiltración (2-3 semanas): 70%

DURACIÓN

Fecha de inicio: Agosto 2016
Fecha de finalización: se mantendrá la actividad siempre que haya profesional capacitado para aplicar esta técnica.
Frecuencia de administración: en dependencia de la necesidad asistencial (numero de pacientes candidatos). Se intentarán agupar pacientes para poder utilizar el total del producto sin desaprovechar el sobrante.

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 - 2016/0069

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA JARAUTA LAHOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDO QUINTANA NATALIA
SANZ ASIN JOSE MANUEL
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Seguimiento durante el año 2018: Ningún paciente ha sido seleccionado para la infiltración de toxina botulínica para tratar la sialorrea. Los dos pacientes tratados en 2017 no continúan en tratamiento, uno por falta de eficacia y el otro porque, al retirar la duodopa intestinal y pasar a medicación oral se ha conseguido un estado de estabilidad (aunque infratratado) donde no existe sialorrea.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se han obtenido resultados durante el 2018 ya que no ha habido pacientes candidatos a la infiltración de toxina botulínica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Justificación de resultados y posibles soluciones: Actualmente ninguno de nuestros pacientes controlados periódicamente en Neurología que están diagnosticados de Enfermedad de Parkinson o ELA presentan sialorrea no refractaria a medicación o de intensidad moderada-intensa, por lo que no precisan infiltración de toxina. Se cree que los escasos candidatos a esta terapia se deben a que nuestra casuística en estas patologías no es suficiente y que a que actualmente estamos controlando ambulatoriamente pacientes con Enfermedad de Parkinson en estado inicial-intermedio y menos en estadio avanzado. Es posible que exista una cantidad significativa de enfermos con Enfermedad de Parkinson que esté siendo controlada por Geriatria o por el MAP y que puedan estar presentando sialorrea refractaria a medicación. Quizá una posible solución a este problema sería poder difundir esta terapia al Servicio de Geriatria para que seleccionaran pacientes potencialmente candidatos a la infiltración de toxina.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/69 ===== ***

Nº de registro: 0069

Título
APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Autores:
JARAUTA LAHOZ LAURA, HERNANDO QUINTANA NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Desde hace muchos años la aplicación percutánea de toxina botulínica en nuestro servicio es una práctica clínica habitual como tratamiento de diferentes trastornos del movimiento (hemiespasma facial, blefaroespasma y diferente tipos de distonías). Desde el año 2015, con la llegada de especialistas formados en este ámbito de la neurología, se amplió la aplicación de esta terapia como tratamiento preventivo de la Migraña crónica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0069

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Hasta este momento, existía una laguna en el manejo de la sialorrea secundaria enfermedades neurodegenerativas, concretamente en la Enfermedad de Parkinson y en la Esclerosis Lateral Amiotrófica, afección muy frecuente en la fase avanzada de ambas patologías.

A raíz de la participación en un Focus sobre " Aplicación de toxina botulínica en Neurología" entre Mayo-Junio del 2016 se decide ofertar esta terapia a pacientes seleccionados controlados en las consultas ambulatorias de Neurología. La revisión bibliográfica hasta la fecha avala la utilización de la toxina botulínica mediante inyección percutánea por su eficacia y perfil de seguridad.

El tratamiento más efectivo para la sialorrea es la inyección, en las glándulas salivares intraparotídeas y submandibulares, de toxina botulínica A por vía percutánea (dosis de 30-100 U). Produce una disminución de la producción de saliva y, por lo tanto, del babeo, lo que da lugar a una mejoría subjetiva en el 65% de los casos.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el manejo de los pacientes con sialorrea con el objetivo principal de mejorar su calidad de vida. Se pretende a su vez mejorar la deglución, disminuir la posible repercusión social y evitar los efectos secundarios que pueden provocar los fármacos administrados por vía oral.

MÉTODO

- Una vez seleccionado el paciente y explicado el proceso y posibles efectos secundarios se le hará firmar un consentimiento informado. A continuación, se le dará cita para la inyección de la toxina.
- La infiltración se realizará en CCEE Neurología de manera habitual, aunque en casos de ocupación de la misma se realizará en el despacho de Neurología de la Planta 4ª
- La infiltración se hará previa limpieza de la zona cutánea con Betadine y el especialista se pondrá guantes (no necesariamente estériles)
- La toxina botulínica sobrante (ya sea en el vial como en el recipiente correspondiente) se eliminará según el proceso asignado para "material caducado".
- Se citará al paciente en 2 semanas para revisar eficacia y efectos secundarios (al menos tras la primera administración). Esta medida puede ser difícil de cumplimentar dado que se trata de pacientes en muchas ocasiones con problemas de movilidad y traslado.

INDICADORES

- Pacientes que tras ser seleccionados como candidatos a la infiltración de toxina son tratados en menos de 2 meses: 90%
- Firma del Consentimiento Informado: 100%
- Paciente que son infiltrados bajo las medidas de seguridad e higiene especificadas: 100%
- Valoración subjetiva de la mejoría antes de la siguiente infiltración: 100%
- Valoración del paciente en aproximadamente 2 semanas tras la infiltración (2-3 semanas): 70%

DURACIÓN

Fecha de inicio: Agosto 2016

Fecha de finalización: se mantendrá la actividad siempre que haya profesional capacitado para aplicar esta técnica.

Frecuencia de administración: en dependencia de la necesidad asistencial (numero de pacientes candidatos). Se intentarán agupar pacientes para poder utilizar el total del producto sin desaprovechar el sobrante.

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 - 2016/0073

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A NEUROLOGIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE NATALIA HERNANDO QUINTANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JARAUTA LAHOZ LAURA
SANCHEZ SANTOS PEDRO JOSE
FERNANDEZ BEDOYA IVAN ULISES
FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA
ROIG SALGADO CRISTINA
YAGO ESCUSA MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se planteó el proyecto de transferencia de la realización de ecografía doppler de troncos supraaórticos del servicio de Radiodiagnóstico al de Neurología con el objetivo de mejorar la accesibilidad de los pacientes al sistema.

Para ello se han realizado las siguientes acciones:

- Desde Julio de 2016 el estudio de ecografía doppler se está realizando por parte del Servicio de Neurología, aplicado a las solicitudes realizadas a partir de esta fecha (los pacientes ya citados de forma ambulatoria en el servicio de Radiodiagnóstico mantuvieron su cita)
- Desde Octubre de 2016, las ecografías solicitadas por parte del servicio de Neurología se han realizado por el propio servicio.
- Se ha utilizado el aparato de ecografía del servicio de Radiodiagnóstico, así como su personal auxiliar:
 - o Para pacientes ambulatorios, las ecografías se han realizado en horario de tarde, dos veces al mes, entre 7 y 9 ecografías cada tarde
 - o Para pacientes ingresados, las ecografías se han realizado en horario de mañana. Inicialmente se utilizó el horario de agenda habitual del servicio de Radiodiagnóstico, pero para ayudar a mejorar la accesibilidad a las pruebas de ecografía y aumentar la capacidad de realización de pruebas, estos pacientes finalmente eran citados antes o después del horario de citación oficial del servicio de Radiodiagnóstico, dentro del horario laboral de mañana.
- Las citas de los pacientes ambulatorios inicialmente se realizaban vía telefónica. Desde Agosto de 2017, se establecieron dos días al mes de forma fija para realizar ecografías, de modo que se daba la cita al paciente en la misma visita en la que se solicitaba la prueba, de esta manera podían solicitar la cita para resultado de manera anticipada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Nº de ecografías realizadas desde Julio de 2016 hasta Octubre de 2016 (período de adaptación): 58
- Nº de ecografías realizadas desde Octubre de 2016 hasta Enero de 2017: 355
- El 79% de las ecografías doppler solicitadas de forma ambulatoria se hicieron en menos de 2 meses desde la fecha de la petición
- Se realizaron 48 ecografías a pacientes que habían presentado AIT: 85.4% en menos de 48h desde la petición. No se evaluó la estancia media, debido a que se modificó el manejo de los mismo a lo largo del año 2016, valorándose ingreso de todos los AIT para estudio completo.
- El 82.5% de las ecografías doppler de los pacientes ingresados se realizaron en menos de 48 horas (porcentaje indicado en el proyecto: al menos 75%)
- El 94.7% de las ecografías doppler de troncos supraaórticos solicitadas por Neurología desde Octubre de 2016 se realizaron por parte de dicho servicio. (porcentaje indicado en el proyecto: al menos 90%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han cumplido los objetivos propuestos en el proyecto, valorándose como positivo, ya que se ha conseguido mejorar la accesibilidad a este estudio por parte de los pacientes.
En el momento actual, se ha cedido uno de los ecógrafos del servicio de Radiodiagnóstico al servicio de Neurología y estamos pendientes de habilitar una sala fuera del servicio de Radiodiagnóstico para actuar de forma independiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/73 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0073

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A NEUROLOGIA

Nº de registro: 0073

Título
PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A NEUROLOGIA

Autores:
HERNANDO QUINTANA NATALIA, JARAUTA LAHOZ LAURA, SANZ ASIN JOSE MANUEL, SANCHEZ SANTOS PEDRO JOSE, FERNANDEZ BEDOYA IVAN ULISES, FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA, ROIG SALGADO CRISTINA, YAGO ESCUSA MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

El estudio de ecografía Doppler de troncos supraaórticos es una herramienta diagnóstica rápida, fácil de utilizar, de bajo coste, que no requiere apenas colaboración por parte del paciente y no es invasiva. Debido a estas razones se ha convertido en una prueba complementaria fundamental en el diagnóstico del ictus agudo, que permite conocer de qué tipo es y en qué lugar se encuentra la lesión vascular que ha originado cada cuadro.

Una de las estrategias del SALUD es la adecuada accesibilidad de los pacientes al sistema. Hasta el momento este estudio se realizaba por parte del servicio de Radiodiagnóstico. Debido a la carga asistencial de este servicio, la demora de realización de la prueba era muy prolongada, fundamentalmente el pacientes ambulatorios, pero también en pacientes ingresados, lo que en ocasiones producía un aumento de la estancia media. En hospitales de primer nivel y algunos de segundo nivel este estudio es realizado por parte de los Neurólogos, estando demostrado que los resultados son fiables y con buena correlación con otros estudios invasivos como la angio-RM o el angio-TC de troncos supraaórticos. Se propone por tanto transferir la realización de esta prueba del servicio de Radiodiagnóstico al servicio de Neurología para los pacientes a cargo de este último servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este plan de mejora es la reducción de la demora para la realización de las ecografías de troncos supraaórticos, favoreciendo así la accesibilidad al estudio. Además se espera la repercusión en la estancia media de los ingresos por ACV pero sobre todo en el manejo del AIT. Estos últimos pacientes debían ingresar en planta para completar estudio, prolongándose su estancia en muchas ocasiones por encima de las 48 horas.

MÉTODO

- Se utilizará el aparato de ecografía ubicado en el Servicio de Radiodiagnóstico. Dado que la programación asistencial es completa en horario de mañanas, se establecerá una consulta específica de Neurología para la realización de los estudios en horario de tarde, desplazando la jornada laboral.

- Los estudios que se realizarán serán los solicitados por el propio Servicio de Neurología.

- Para los pacientes que se encuentren ingresados en planta, se utilizarán los espacios habituales de las agendas correspondientes del Servicio de Radiodiagnóstico, excepto en los casos en los que esto suponga una demora en la estancia del paciente. En estas situaciones se contactará directamente con la sala de ecografía para realizar la prueba en espacios fuera de agenda, en el plazo, cuando sea posible, de menos de 24 horas.

- El mismo procedimiento se seguirá en los AIT con riesgo bajo o moderado según la escala ABCD2 que no requieren ingreso para otros estudios.

INDICADORES

- Demora media de las ecografías de troncos supraaórticos de carácter ambulatorio inferior a dos meses.

- Reducción de la estancia media de los AIT. Estancia media inferior a 48 horas.

- Porcentaje de ecografías de troncos supraaórticos realizadas en pacientes ingresados en menos de 48 horas. 75%

- Porcentaje de ecografías realizadas por neurólogos de las que se solicitan por el servicio de Neurología. 90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0073

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A NEUROLOGIA

DURACIÓN

- Inicio de realización de la técnica por parte del Servicio de Neurología: Julio de 2016
- Implantación del sistema de forma plena: a partir de Octubre de 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0034

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE NATALIA HERNANDO QUINTANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JARAUTA LAHOZ LAURA
SANZ ASIN JOSE MANUEL
LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER
FERNANDEZ LANDAZURI SARA
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO
HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES
SANLLEHI VILA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se planteó el proyecto de realización de la curva de ácido láctico en Hospital Obispo Polanco, con el objetivo de mejorar la accesibilidad al estudio de los pacientes y evitando derivaciones a otros centros.

Para ello se han realizado las siguientes acciones:

- Se estableció contacto con el Servicio de Bioquímica del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) para solicitar el procedimiento que llevan a cabo en dicho centro para la obtención de la curva de ácido láctico.
- Tras realizar una revisión bibliográfica añadida al documento aportado por el HUMS, se establece un protocolo con los pasos técnicos a seguir.
- Se inició la inclusión de pacientes en Marzo de 2018.
- Se realizó una sesión clínica con el servicio de Análisis Clínicos y Neurología para dar a conocer el procedimiento y mostrar los resultados de los tres primeros pacientes sometidos al procedimiento en Julio de 2018.
- En el contexto de este procedimiento se han identificado otros problemas que se han intentado solventar de forma integral:
 - o Existencia de pacientes con hiperCKemia que no han sido derivados a Neurología si no a Medicina Interna, generando en ocasiones una doble consulta.
 - o Ausencia de un protocolo de manejo de hiperCKemia a nivel hospitalario.
 - o Necesidad de enviar a los pacientes al Hospital Universitario Miguel Servet para la realización de biopsia muscular, que implica en ocasiones hasta tres desplazamientos
- Como respuesta a esta situación se decide:
 - o Generación de un protocolo de manejo hospitalario de hiperCKemia que sirva no solo para el servicio de Neurología sino para otros servicios como Reumatología o Medicina Interna que puedan recibir a este tipo de pacientes.
 - o Se contacta con los Servicios de Anatomía Patológica del HUMS y del Hospital Obispo Polanco en Diciembre de 2018 para valorar la posibilidad de enviar las muestras desde el Hospital Obispo Polanco.
 - o Se recibe la documentación necesaria para el envío de muestras en Enero de 2019.
 - o Reunión con el Jefe de Cirugía del Hospital Obispo Polanco para proponer la realización de biopsias en nuestro centro en Enero de 2019. Aceptan la propuesta.
- El procedimiento de extracción de muestra para la obtención de curva de lactato se ha realizado de la siguiente manera:
 - o La solicitud de la prueba se realiza en un P10 que se entrega al paciente pactando con él el día de la extracción, a las 10 de la mañana.
 - o Se avisa al personal de enfermería de laboratorio del día que se realizará la extracción para tener preparado el material necesario.
 - o El día de la extracción el neurólogo/a acude para realizar la prueba de isquemia/esfuerzo, controlar el tiempo de las extracciones y asistir en caso de complicaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° de estudios realizados en el Hospital Obispo Polanco: 7 (100%)
- N° de estudios derivados al Hospital Universitario Miguel Servet: 0 (0%)
- N° de estudios no concluyentes por defectos en la técnica de realización del ejercicio: 2 (28%)
- N° de complicaciones derivadas de la prueba: 0 (< 10%)
- Realización de un protocolo de manejo de hiperCKemia en cuyos anexos se incluye el procedimiento de extracción de la curva de lactato y amonio y el procedimiento de solicitud y envío de la muestra de biopsia muscular.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han cumplido los objetivos propuestos en el proyecto, valorándose como positivo, ya que se ha conseguido mejorar la accesibilidad a este estudio por parte de los pacientes. En cuanto al número de estudios no concluyentes, es difícil de valorar dado que no existen series publicadas en este sentido y en este momento los pacientes se encuentran pendientes de una nueva cita para una segunda extracción.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0034

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Por otra parte queremos resaltar el hecho de que este plan de calidad se ha ampliado en cuanto a sus objetivos, consiguiendo una vía de actuación integral para el manejo de estos pacientes que permite que puedan ser estudiados en el Hospital Obispo Polanco sin tener que ser derivados a otro centro. Este procedimiento se ha consensuado además con los servicios de Medicina Interna, Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Cirugía General y Neurología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/34 ===== ***

Nº de registro: 0034

Título
PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
HERNANDO QUINTANA NATALIA, JARAUTA LAHOZ LAURA, SANZ ASIN JOSE MANUEL, LERIN SANCHEZ JAVIER, FERNANDEZ LANDAZURI SARA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES, SANLLEHI VILA NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La determinación de los niveles de la enzima CK en suero sanguíneo es la prueba bioquímica más usada como indicador de una miopatía. Generalmente la elevación de los niveles de CKs se acompaña de otras manifestaciones miopáticas como debilidad muscular y sirve de test de apoyo al diagnóstico. Pero en muchos casos el hallazgo de hiperCKemia es casual en el contexto de un análisis de rutina. Dentro de la valoración de pacientes que presentan hiperCKemias persistentes y una vez descartadas las hiperCKemias secundarias y procesos no miopáticos, la curva de ácido láctico es de utilidad para orientar el diagnóstico y valorar la existencia de miopatías metabólicas. Este test se encuentra dentro de los algoritmos de diagnóstico y manejo de esta patología, como una prueba que realizaremos en todos los pacientes con CK persistentemente elevadas.

Hasta el momento, este test no se realizaba en el Hospital Obispo Polanco; por lo que los pacientes debían desplazarse al Hospital Universitario Miguel Servet para realizar la extracción analítica. Esto supone una limitación en el estudio. Una de las estrategias del SALUD es la adecuada accesibilidad de los pacientes al sistema. Por ello se propone la realización de este estudio en el Hospital Obispo Polanco, con la colaboración del servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este plan de mejora es la realización de la curva de ácido láctico en Hospital Obispo Polanco, favoreciendo así la accesibilidad al estudio, lo que supondrá una importante ventaja para los pacientes, que podrán evitar el traslado a Zaragoza para la extracción.

MÉTODO
- La curva de lactato consiste en la extracción de sangre para obtener niveles de lactato y amonio de forma basal y tras realización de ejercicio. Esto puede realizarse con condiciones de isquemia (colocando un manguito de presión por encima de la presión arterial sistólica del paciente durante la realización del ejercicio) o sin isquemia. Se realizan 6 extracciones: basal, tras ejercicio, al minuto, tres minutos, diez y 20 minutos después del ejercicio.
- Se contactará con Laboratorio previamente para organizar la fecha de la extracción
- La prueba de ejercicio, consistente en contracciones abriendo y cerrando la mano con fuerza a ritmo de 1 segundo, durante al menos 1 minuto y máximo 1 minuto y medio, se realizará inicialmente con supervisión del Servicio de Neurología, ante la posibilidad de complicaciones ocasionales como mialgias, contracturas, dolor o de forma muy infrecuente, rabdomiolisis. La decisión de si el test se realiza con o sin isquemia también

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0034

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

correrá a su cargo.

INDICADORES

- N° de estudios realizados en el Hospital Obispo Polanco (100%)
- N° de estudios derivados al Hospital Universitario Miguel Servet (0%)
- N° de estudios no concluyentes por defectos en la técnica de realización del ejercicio (< 20%)
- N° de complicaciones derivadas de la prueba (< 10%)

DURACIÓN

- Inicio en Febrero 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 - 2018/0224

1. TÍTULO

REALIZACION DE DETERMINACION DE BIOMARCADORES EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA LA APROXIMACION DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA JARAUTA LAHOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se planteó el proyecto de determinación de Biomarcadores en líquido cefalorraquídeo (LCR) con el objetivo de mejorar la accesibilidad al estudio a los pacientes, evitando derivaciones a otros centros.

Para ello se han realizado las siguientes acciones:

- Se planteó el proyecto al Servicio de Análisis Clínicos de Hospital Obispo Polanco (HOP), aceptando la iniciativa y trabajando conjuntamente para adaptar el protocolo del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) a nuestro Hospital.
- Se estableció contacto con el Servicio de Bioquímica del HUMS para plantear el proyecto, ya que es dicho servicio el receptor final de la muestra extraída en el HOP. Desde el HUMS nos enviaron un documento sobre la conservación y envío de la muestra.

Reuniones entre responsables del proyecto durante 2018:

- Tres reuniones con la Dra. Adela Cayetana, Jefa de Servicio de Análisis Clínicos del HOP: reuniones en marzo y junio con objetivo de valorar si era factible la recogida de muestra de LCR en el HOP y posteriormente estudiar la mejor forma de mantener la muestra hasta su envío al HUMS.
- Dos conversaciones telefónicas con el Dr. Rello, Jefe de Servicio de Bioquímica del HUMS, y varios emails durante primer y segundo trimestre del 2018 donde se concretaba el método de recogida y mantenimiento de la muestra de LCR, así como la forma y el horario de envío de la misma.
- Los resultados de estas reuniones y conversaciones son las descritas en los documentos del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pacientes que han sido estudiados durante el 2018:

- Una vez que el proyecto fue admitido y tuvimos toda la metodología establecida, se seleccionaron seis pacientes candidatos que fueron ingresados para realizarles la punción lumbar y posterior recogida de LCR.

Proceso de extracción de la muestra de Líquido Cefalorraquídeo (LCR):

- El procedimiento de extracción de la muestra (LCR) se realiza como marca el protocolo de manejo aportado anteriormente:
 - o El paciente se ingresa el lunes por la mañana, se le realiza una punción lumbar bajo anestesia local y tras conseguir la muestra de LCR necesaria en los tubos de almacenamiento especiales, se envía a nuestro laboratorio del HOP quienes, al día siguiente, envían la muestras al HUMS. El viernes anterior se debe avisar tanto al Servicio de Laboratorio del HOP como del HUMS, para que sepan que les van a llegar las muestras correspondientes.
 - o El método y medidas higiénicas se llevaron a cabo según explica el documento de manejo de la muestra.

Indicadores y evaluación

- Nº de pacientes candidatos a estudio a los que se les realiza la extracción del LCR en el Hospital Obispo Polanco (100%).....resultado 100%
- Nº de pacientes candidatos derivados al Hospital Universitario Miguel Servet (0%).....Resultado 0%. A todos los pacientes se le realizó el estudio en HOP, con el 0% de pacientes derivados al HUMS.
- Nº de estudios no concluyentes por defectos en la técnica de extracción del LCR (< 5%)...Resultado < 5% (pendiente de recibir resultados)
- Nº de complicaciones derivadas de la prueba (< 10%)....Resultado <10% (obtuvimos 0% de complicaciones)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han cumplido los objetivos propuestos en el proyecto, valorándose como positivo, ya que se ha conseguido mejorar la accesibilidad a este estudio por parte de los pacientes.

Aunque todavía es pronto para sacar conclusiones debido al escaso tamaño de la muestra, se ha observado que la extracción de muestra en el HOP para la determinación de estos biomarcadores es segura, así como su conservación, envío y recepción por el centro de referencia. Los resultados obtenidos hasta ahora han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0224

1. TÍTULO

REALIZACION DE DETERMINACION DE BIOMARCADORES EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA LA APROXIMACION DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

arrojado mayor seguridad en el diagnóstico sintromico y etiológico de estos pacientes, cambiando el manejo terapéutico y el pronóstico en muchos de ellos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/224 ===== ***

Nº de registro: 0224

Título
PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE DETERMINACION DE BIOMARCADORES EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA LA APROXIMACION DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Autores:
JARAUTA LAHOZ LAURA, HERNANDO QUINTANA NATALIA, SANZ ASIN JOSE MANUEL, VILLARROYA SALESA MARIA CARMEN, MARTIN GOMEZ MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la forma más frecuente de demencia en el anciano y afecta al 20% de las personas de más de 80 años. El proceso neurodegenerativo de la EA se inicia probablemente 20 ó 30 años antes del inicio de la sintomatología. La primera fase de la enfermedad sin demencia se conoce habitualmente como fase de deterioro cognitivo leve (DCL) de la EA.

El diagnóstico clínico del Alzheimer (EA) es inexacto en un 10-15% de los casos, incluso entre investigadores experimentados, y los biomarcadores pueden ayudar a mejorar la precisión del diagnóstico.

Se entiende por biomarcador, de acuerdo con los criterios del NIH (National Institute of Health), a "una característica que es medida y evaluada de forma objetiva como un indicador de procesos biológicos normales o patológicos, o respuestas farmacológicas a una intervención terapéutica".

Los marcadores neuropatológicos de la enfermedad de Alzheimer son las placas neuríticas extracelulares y los ovillos neurofibrilares intracelulares con la degeneración neuronal y sináptica acompañante.

Los biomarcadores biológicos en la EA son de fácil obtención y procesamiento ya que se determinan en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes, obtenido mediante una punción lumbar. Los biomarcadores fundamentales en la EA son:

- Proteína B-amiloide: diversos estudios han demostrado de forma consistente que los niveles de AB42 están disminuidos en la EA en un 50% en relación a lo niveles de la población control. La sensibilidad de la medida varía entre el 55-100% mientras que la especificidad para distinguir los pacientes con EA de los controles oscila entre el 67-100%.

- Tau total y tau fosforilada (tau 3R/4R hiperfosforilada, sobre todo las isoformas, pTau181 pTau231, pTau199) : en estudios transversales se han demostrado incrementos de la tau en pacientes con EA que duplican o triplican el valor encontrado en controles sanos. La prueba alcanza una especificidad entre el 65-86% y una sensibilidad del 40-86%. En fases incipientes de demencia el rendimiento de la prueba es incluso mejor, con una especificidad del 85% y una sensibilidad del 75% al disitinguir los sujetos con EA de controles sanos.

Actualmente el uso de biomarcadores están incluidos en los criterios diagnósticos actuales de EA (Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. Lancet Neurol. 2014 Jun;13(6):614-29)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0224

1. TÍTULO

REALIZACION DE DETERMINACION DE BIOMARCADORES EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA LA APROXIMACION DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Hasta el momento, este test no se realizaba en el Hospital Obispo Polanco; por lo que los pacientes debían desplazarse al Hospital Universitario Miguel Servet para realizar la extracción de LCR mediante Punción lumbar. Esto supone una limitación en el estudio. Una de las estrategias del SALUD es la adecuada accesibilidad de los pacientes al sistema. Por ello se propone la realización de la extracción de LCR en el Hospital Obispo Polanco por parte del Servicio de Neurología, con la colaboración del servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica del Hospital Obispo de Teruel y del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este plan de mejora es la realización de la extracción de LCR del paciente en el Hospital Obispo Polanco, favoreciendo así la accesibilidad al estudio, lo que supondrá una importante ventaja para los pacientes, que podrán evitar el traslado a Zaragoza para la extracción. Una vez extraída la muestra se enviará al laboratorio del H.Miguel Servet donde será procesada.

MÉTODO

Antes de seleccionar un caso es imprescindible haber realizado una evaluación clínica precoz correcta. Una vez completa, los pacientes seleccionados serán los que presenten alguna de estas situaciones:

1. Demencia/ deterioro cognitivo de inicio precoz.
2. Demencia/ deterioro cognitivo con agregación familiar
3. Deterioro cognitivo mnésico de perfil hipocámpico
4. Demencia/deterioro cognitivo con inicio de trastornos afásicos, visuoperceptivos o visuoespaciales.

No estará indicada la realización del estudio en:

- Pacientes asintomáticos
- Quejas subjetivas sin déficit cognitivo objetivado
- Determinación de la fase de enfermedad.
- Indicaciones no médicas

Estandarización del Procedimiento:

1. Selección del paciente tras evaluación y pruebas complementarias pertinentes.
2. Programación de ingreso para realización de punción lumbar.
3. Extracción de la muestra en tubos de polipropileno. La extracción se hará en horario de 9-13 hrs. No es necesario que el paciente esté en ayunas. Es recomendable que la extracción no sea traumática.
4. Transporte y almacenaje de muestra en temperatura ambiente.
5. Envío al laboratorio Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
6. Procesado de la muestra
7. Interpretación de resultados.

INDICADORES

- N° de pacientes candidatos a estudio a los que se les realiza la extracción del LCR en el Hospital Obispo Polanco (100%)
- N° de pacientes candidatos derivados al Hospital Universitario Miguel Servet (0%)
- N° de estudios no concluyentes por defectos en la técnica de extracción del LCR (< 5%)
- N° de complicaciones derivadas de la prueba (< 10%)

DURACIÓN

- Inicio en Abril 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 - 2019/0316

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: CREACION DE AGENDA TELEFONICA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE NATALIA HERNANDO QUINTANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JARAUTA LAHOZ LAURA
SANZ ASIN JOSE MANUEL
RUIZ PALOMINO MARIA DEL PILAR
SABORIT OLIVER RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se planteó el proyecto ante la demora media de las consultas de Neurología derivada del tipo de patología atendida en dichas consultas y la falta de espacio para poder aumentar el número de pacientes atendidos. El objetivo de este plan de mejora era incrementar la accesibilidad al sistema de los pacientes a través de la creación de agendas no presenciales de atención telefónica para pacientes neurológicos estables.

Para ello se han realizado las siguientes acciones:

- Se realizaron dos reuniones con el servicio de citaciones y con el responsable de gestión de consultas externas en los días 26 de febrero y 12 de marzo en los que se establecieron:
 - o Situación de demoras en ese momento. Las primeras visitas oscilaban entre el mes y medio y los dos meses y las demoras para recogida de resultados alcanzaban los 4 meses.
 - o Dada la ausencia de espacio físico para poder duplicar consultas presenciales, se diseña una agenda telefónica.
 - o Se crea una agenda para cada facultativo en días diferentes que incluye 6 pacientes que pueden corresponder a resultados o revisiones ya que están codificados como 2.9. Esto supone hasta 18 pacientes más a la semana. La duración para la asistencia de cada paciente es de 8 minutos. Se nominan las agendas como NEU1T, NEU2T y NEU3T.
 - o Circuito de funcionamiento y citas posteriores.
- Descripción del circuito de funcionamiento
 - o Se explica al paciente la existencia de este tipo de agenda y se le ofrece la posibilidad de realizar la visita no presencial. Los supuestos que se plantean inicialmente para beneficiarse de esta consulta son los siguientes:
 - ? Deterioros cognitivos estables en terapia de máxima eficacia
 - ? Pacientes epilépticos sin crisis en seguimiento inicial
 - ? Pacientes con lesiones de sistema nervioso central asintomáticos que requieren neuroimagen de control (meningiomas, quistes aracnoideos, quistes pineales)
 - ? Cefaleas pendientes de neuroimagen con buen control sintomático
 - o Si el paciente está de acuerdo se indica en la tarjeta de citación la agenda correspondiente y el tiempo hasta la cita y se le explica que le darán una cita con fecha y hora pero que no tiene que venir al hospital. Se deja constatado en la historia clínica el número de teléfono al que quiere ser llamado.
 - o La asistencia del paciente se realiza en el caso de las agendas NEU1T y NEU2T en el despacho perteneciente al servicio de Neurología ubicado en la planta cuarta y en el caso de la agenda NEU3T en la consulta de Neurología.
 - o Una vez concluida la asistencia se indica por escrito el destino del paciente: alta, nueva cita en agenda telefónica o nueva cita en agenda presencial especificando el tiempo hasta la siguiente visita. Este documento se pasa al servicio de citaciones que se encarga de gestionar las citas sin que el paciente tenga que venir al hospital.
- La apertura de las agendas telefónicas se produjo el 1 de abril de 2019.
- A lo largo del año 2019 se inició la inclusión de otros supuestos como el control sintomático estrecho o los controles de accidente cerebro vascular (ACV) tras el alta hospitalaria.
- Se realizó una reunión final el 13 de Enero de 2020 con el responsable de gestión de consultas externas para la obtención de datos de consultas referentes a 2018 y 2019.
- El 25 de noviembre de 2019 se produjo un cambio en el equipo del servicio de Neurología, dejando el Hospital Obispo Polanco por cambio de puesto laboral Laura Jarauta Lahoz e incorporándose M^a Pilar Ruiz Palomino que se añade como colaboradora a este plan de mejora de la calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han atendido un total de 118 pacientes en consulta telefónica en el período entre el 1 de abril de 2019 y el 31 de diciembre de 2019. En este periodo el número total de pacientes atendidos de forma presencial ha sido de 2424, de los cuáles revisiones y resultados fueron 1665 (68,7%). Por lo tanto el porcentaje global de pacientes atendidos por vía telefónica respecto a presencial fue de del 5%. Si se excluyen las primeras visitas que no se benefician de este tipo de agenda, supusieron un 6,6% de las atenciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0316

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: CREACION DE AGENDA TELEFONICA NO PRESENCIAL

En la agenda que más se utilizó esta modalidad, el porcentaje de pacientes atendidos por consulta telefónica frente a los pacientes que acudían a revisión o a recogida de resultados de forma presencial supuso un 8,7%.

En cuanto al impacto en las demoras, solo se pudieron analizar las demoras medias en sucesivas de forma global siendo en 2018 de 96 días y de 70 días en 2019, suponiendo una reducción del 27%.

Por otra parte se analizaron las reclamaciones interpuestas de forma oficial en atención al paciente en 2018 frente a 2019 que resultaron ser de 14 frente a 9, por tanto un 36% menos.

Se pasó la encuesta de satisfacción a 71 pacientes de los 118 (60%). 66 estuvieron de acuerdo con el sistema de agenda telefónica (93%). La nota media del 1 al 10 otorgada al modelo de teleagenda por parte de todos los encuestados ha sido de 9 siendo la nota más baja de 5 y la mayor de 10.

Los motivos de consulta se dividieron entre los siguientes (recogidos en las encuestas):

- Deterioros cognitivos estables en terapia de máxima eficacia: 1 paciente.
- Pacientes epilépticos sin crisis en seguimiento inicial: 6 pacientes.
- Pacientes con lesiones de sistema nervioso central asintomáticos que requieren neuroimagen de control (meningiomas, quistes aracnoideos, quistes pineales): 1 paciente.
- Cefaleas pendientes de neuroimagen con buen control sintomático: 4 pacientes.
- Control estrecho de tratamiento pautado: 33 pacientes
- Otros: 21 pacientes.
- o 4 pacientes por altas o control de ACV
- o 11 pacientes para control sintomático
- o 6 pacientes para resultado de pruebas
- En 6 pacientes no se recogió el motivo de inclusión en agenda telefónica.

En cuanto a los indicadores propuestos en el proyecto:

- Porcentaje de pacientes valorados en consulta no presencial respecto al global
- o 5% del total de las consultas incluyendo primeras visitas en el período de tiempo en funcionamiento
- Reducción en lista de espera de visitas sucesivas y resultados: 10%
- o Reducción del 27%
- Reducción del número de reclamaciones por lista de espera: 10% respecto al año anterior
- o Reducción del 36%
- Si se realiza encuesta de satisfacción: > 80% de valoración positiva
- o 93% de valoraciones positivas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han cumplido los objetivos propuestos en el proyecto, valorándose como positivo, ya que se ha conseguido mejorar la accesibilidad de los pacientes al sistema.

Consideramos que el número y proporción de pacientes que pueden beneficiarse de este sistema puede incrementarse, ya que el período de observación resulta aún escaso dado que se ha precisado de un período de tiempo para que las consultas pudieran llenarse desde su apertura (están planteadas para revisiones y resultados) y por otra parte, debido a los cambios de persona, no han estado funcionando a pleno rendimiento.

A pesar de esto, hemos constatado que es una opción bien recibida por el paciente, que permite agilizar las consultas e incrementar el número de pacientes que se atienden y la calidad de la atención ya que permite controles más estrechos que previamente no se podían ofrecer y podían resultar en reclamaciones y visitas no programadas.

Como punto de mejora, plantearemos trabajar en mejorar la notificación de la consulta a los pacientes ya que algunos de ellos han acudido en las consultas en la fecha y horario indicado y la causa principal es que en la notificación que llega a domicilio parece no ser completamente clara en cuanto al carácter telefónico de la visita.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/316 ===== ***

Nº de registro: 0316

Título
PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: CREACION DE AGENDA TELEFONICA NO PRESENCIAL

Autores:
HERNANDO QUINTANA NATALIA, JARAUTA LAHOZ LAURA, SANZ ASIN JOSE MANUEL, SABORIT OLIVER RAMON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0316

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: CREACION DE AGENDA TELEFONICA NO PRESENCIAL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el momento actual el servicio de Neurología del Hospital Obispo Polanco consta de 3 neurólogos y dispone de un único espacio físico para la atención de consultas. La ampliación de cartera de servicios realizada en los últimos años, junto con la limitación de espacio indicada previamente han dificultado aumentar el número de pacientes atendidos en consultas y las demoras en el último año se han mantenido.

De este modo la demora media de primera visita oscila entre el mes y medio y dos meses según el período del año evaluado, estando especialmente afectadas las visitas sucesivas y resultados, con demoras que pueden alcanzar los cuatro meses.

Las patologías neurológicas son en su mayoría crónicas (epilepsia, deterioro cognitivo, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, migraña crónica entre otras) lo que se traduce en un gran volumen de pacientes que no pueden ser dados de alta al menos inicialmente y que generan visitas sucesivas y pruebas complementarias de control.

Hemos detectado a su vez que en ocasiones estos pacientes podrían beneficiarse de un control no presencial si la patología está estable, lo que permitiría aliviar las consultas presenciales y podría permitir buscar espacios para simultanear consultas presenciales y no presenciales, ampliando el número de pacientes atendidos.

Por tanto se propone la creación de agendas no presenciales para la atención de pacientes neurológicos a través del teléfono.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este plan de mejora es incrementar la accesibilidad al sistema de los pacientes a través de la creación de agendas no presenciales de atención telefónica para pacientes neurológicos estables.

MÉTODO

- En primer lugar se procederá a la evaluación de la situación actual en consultas con el objetivo de proceder a una reestructuración de las agendas. Dentro de esta reestructuración se introduciría esta agenda no presencial.
 - Se establecerán reuniones con el responsable de gestión de consultas externas y con citaciones para establecer los horarios, duración y ubicación de la nueva agenda.
 - Se propondrá crear una agenda pendiente de dimensionar de visitas sucesivas y resultados, con el acceso a las historias clínicas correspondientes y aviso al paciente de que se procederá a llamarle el día y la hora que se establezca según agenda al teléfono que nos facilite.
 - Se consensuará en el Servicio de Neurología los pacientes potencialmente candidatos a estas consultas.
- Algunas propuestas son las siguientes:
- o Deterioros cognitivos estables en terapia de máxima eficacia
 - o Pacientes epilépticos sin crisis en seguimiento inicial
 - o Pacientes con lesiones de sistema nervioso central asintomáticos que requieren neuroimagen de control (meningiomas, quistes aracnoideos, quistes pineales)
 - o Cefaleas pendientes de neuroimagen con buen control sintomático
 - Se planteará la viabilidad de poder hacer una breve encuesta de satisfacción al paciente.
 - Se valorará la posibilidad de generar una vía que incluya pacientes que precisen un control estrecho de tratamiento.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes valorados en consulta no presencial respecto al global
- Reducción en lista de espera de visitas sucesivas y resultados: 10%
- Reducción del número de reclamaciones por lista de espera: 10% respecto al año anterior
- Si se realiza encuesta de satisfacción: > 80% de valoración positiva

DURACIÓN

- Reuniones con los responsables de citaciones: Febrero y Marzo de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0316

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: CREACION DE AGENDA TELEFONICA NO PRESENCIAL

- Diseño de nuevas agendas: Marzo de 2019
- Inicio de la asistencia no presencial: Abril de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0956

1. TÍTULO

CIRCUITO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO EN EL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 02/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DEL PILAR RUIZ PALOMINO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDO QUINTANA NATALIA
FORCANO GARCIA MERCEDES
LATORRE FORCEN PATRICIA
SANZ ASIN JOSE MANUEL
LOZANO PASAMAR MARIANO
SUSIN ARREGUI INES EMILIA
BASELGA ALEGRE ROSARIO INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HA CREADO EL GRUPO DE TRABAJO. POR LOS CAMBIOS DE MIEMBROS POR MOTIVOS PROFESIONALES NO HA SIDO POSIBLE LLEVAR A CABO OTRAS ACTIVIDADES EN ESTE AÑO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ÚNICAMENTE LA CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO INTEGRADO POR MIEMBROS DE NEUROLOGÍA, GERIATRÍA, PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA CLÍNICA Y ATENCIÓN PRIMARIA QUE SE HA REUNIDO EN ESTE AÑO EN DOS OCASIONES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

NOS HEMOS PROPUESTO, AHORA QUE EL GRUPO ESTÁ CONSTITUIDO Y YA QUE POR MOTIVOS DE CAMBIO DE PROFESIONALES NO HA SIDO POSIBLE A CABO EN EL CURSO, REALIZAR LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN (ANTES DE FEBRERO 2020) Y PROTOCOLO (ANTES DE AGOSTO 2020) PARA SU DIFUSIÓN EN SEPTIEMBRE EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SU PUESTA EN MARCHA Y EVALUACIÓN DE INDICADORES DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2020.

SE HAN MODIFICADO LOS MIEMBROS DEL PROYECTO Y LA COORDINADORA POR CAMBIOS PROFESIONALES.

7. OBSERVACIONES.

SE HA DECIDIDO EN EL GRUPO DE TRABAJO.

SE HAN REVALORADO LOS INDICADORES PROPUESTOS Y SE HA DECIDIDO EN EL GRUPO DE TRABAJO ELIMINAR LOS TRES ÚLTIMOS INDICADORES DEL PROYECTO AL CONSTATAR SU DIFÍCIL MEDICIÓN, A SABER: • Coordinadores de los CS que reciben email informativo (con acuse de recibo) solicitando además que lo difundan a todos los médicos de su Centro (>80%) • Porcentaje de interconsultas virtuales realizadas a Neurología por pacientes con sospecha de deterioro cognitivo mayores de 75 años (<30%) • Adecuación de las derivaciones a Geriatría (>70%)

*** ===== Resumen del proyecto 2019/956 ===== ***

Nº de registro: 0956

Título
CIRCUITO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO EN EL SECTOR TERUEL

Autores:
JARAUTA LAHOZ LAURA, HERNANDO QUINTANA NATALIA, FORCANO GARCIA MERCEDES, LATORRE FORCEN PATRICIA, SANZ ASIN JOSE MANUEL, LOZANO PASAMAR MARIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes con Deterioro Cognitivo de origen neurodegenerativo del Sector Teruel, independientemente del estadio de evolución, son controlados por los Servicios de Neurología, Geriatría, Psiquiatría y un porcentaje menor son controlados únicamente por Atención Primaria (AP). Los criterios establecidos para la asistencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0956

1. TÍTULO

CIRCUITO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO EN EL SECTOR TERUEL

están bien definidos y son fundamentales para la toma de decisiones, por eso es importante que estos sean comunes con independencia del nivel de atención médica que atienda a estos enfermos. Desde Atención Especializada (AE) hemos ido observando a lo largo de los años diferentes incidencias en el manejo asistencial de estos pacientes. Planteamos un proyecto para mejorar la calidad asistencial de pacientes con esta patología. Las situaciones mejorables observadas en las CCEE de AE son: Se realizan demasiadas interconsultas virtuales desde AP a Neurología solicitando valoración de pacientes con posible deterioro cognitivo de edades > 75 años, pacientes que creemos candidatos a una valoración inicial por Geriatria. En el mes de Enero de 2019 se realizaron 125 interconsultas, de estas 15 eran relativas a deterioro cognitivo y en 8 casos eran pacientes mayores de 75 años (53%). Derivación de pacientes jóvenes a Geriatria, por existir menor lista de espera. Existe un porcentaje no desdeñable de pacientes que está, a la vez, siendo controlado por dos o tres de los Servicios implicados. Por rutina, se citan pacientes con Deterioro cognitivo moderado-grave cada 6 meses, casos que podrían ser candidatos a control desde AP. Existen pacientes con trastorno de conducta grave con sintomatología aguda mal controlada que no tienen acceso preferente a una valoración por el especialista y que podrían beneficiarse de una atención especializada más temprana. Mantenimiento de tratamientos específicos de demencia por AP en situaciones avanzadas, que no lo requieren.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal: Adaptar y economizar los recursos actualmente disponibles a las necesidades del paciente, mejorando la calidad asistencial y evitando duplicidad de consultas. Objetivos secundarios: Creación de un Grupo de Trabajo multidisciplinar para alcanzar un consenso de atención integral a pacientes con esta patología. Establecer criterios de derivación bien definidos desde AP a AE para que lleguen al especialista correcto y reducir la duplicidad/triplicidad de consultas. Establecer una vía de acceso de contacto preferente para que aquellos pacientes con sintomatología aguda pueden ser valorados en un tiempo prudencial. Conseguir una comunicación más fluida entre todos los especialistas mediante la creación de un email de grupo o mediante la Historia Clínica Electrónica. Asignación del seguimiento de los pacientes al servicio correspondiente según criterios consensuados y definidos entre los servicios del grupo de trabajo. Aumentar el número de pacientes que pueden ser controlados únicamente por AP.

MÉTODO

Creación de grupo de trabajo con tareas concretas para llegar a un consenso de atención integral a esta patología. Realización de un protocolo consensuado con AP y AE para la atención multidisciplinar de estos pacientes. Impartición de clases formativas para dar difusión del Protocolo por diferentes Centros de Salud (CS) del sector. Promover la utilización de las interconsultas virtuales para solicitar ayuda y orientación terapéutica desde AP. Mejorar la comunicación entre especialistas creando una vía de acceso común.

INDICADORES

Protocolo de asistencia integral consensuado entre los diferentes niveles asistenciales. Participación de los miembros del grupo de trabajo en reunión trimestral (>90%). Impartición de clases formativas para difundir el protocolo en los 6 CS más populosos del Sector (>80%). Coordinadores de los CS que reciben email informativo (con acuse de recibo) solicitando además que lo difundan a todos los médicos de su Centr (>80%). Porcentaje de interconsultas virtuales realizadas a Neurología por pacientes con sospecha de deterioro cognitivo mayores de 75 años (<30%). Adecuación de las derivaciones a Geriatria (>70%).

DURACIÓN

-Marzo a Junio: creación del grupo de trabajo, elaboración de los criterios y protocolo. - Septiembre: difusión del protocolo en centros de atención primaria. - Octubre a Diciembre: puesta en marcha del protocolo y evaluación de indicadores.

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 - 2016/0762

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES GEMELARES EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BERNAL ARAHAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEIRO HINOJOSA FRANCISCA
FUERTES UBEDA MARIA ROSARIO
FABRE CASTELLANO ANA
DOMINGO BARRADO ISABEL
PARRILLA VIRGOS PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de un protocolo consensuado en la Unidad de Ecografía del Hospital Obispo Polanco para seguimiento de Gestaciones Gemelares, revisando la bibliografía y recomendaciones más actualizados.
Recogida de datos de las pacientes evaluadas, pre y postnatales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2017 el número de gestaciones gemelares han disminuido en nuestro servicio considerablemente, siendo seguidas en su totalidad y atendiendo el parto en nuestro centro a 3 pacientes.
De ellas, la totalidad han seguido el protocolo propuesto (100%), sin encontrarse patología asociada en ninguna de ellas.
Los partos han sido a término y vía vaginal, sin incidencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de un protocolo consensuado ayuda en el seguimiento correcto de nuestras pacientes, evitando errores por la variabilidad en la práctica clínica.
En este caso, en número de gestaciones múltiples no es suficiente para poder extraer conclusiones definitivas, a pesar de los buenos resultados obtenidos.

7. OBSERVACIONES.

EL protocolo realizado ha resultado útil en nuestro servicio para reducir la variabilidad clínica, y continuará implementándose y actualizando conforme las nuevas recomendaciones basadas en la evidencia.
El número de gestaciones múltiples ha descendido notablemente, en probable relación con los nuevos protocolos y recomendaciones en las técnicas de reproducción asistida, que busca gestación única. En nuestra opinión, el protocolo resulta aún más útil cuando los casos son menores, pues evita errores y manejo inadecuado, aunque no se pueda justificar estadísticamente.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/762 ===== ***

Nº de registro: 0762

Título
PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES GEMELARES EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

Autores:
BERNAL ARAHAL MARIA TERESA, PEIRO HINOJOSA FRANCISCA, FUERTES UBEDA MARIA ROSARIO, FABRE CASTELLANO ANA, DOMINGO BARRADO ISABEL, SPINOSO CRUZ VICENTE, PARRILLA VIRGOS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La prevalencia de la gestación gemelar espontánea es aproximadamente del 1-2%. En las últimas décadas, en los países desarrollados, ha aumentado a un 3-4% debido al incremento de la edad materna por el retraso electivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0762

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES GEMELARES EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

en la maternidad y a las técnicas de reproducción asistida. Presenta un riesgo de complicaciones maternas y fetales superior al de la gestación única y esto determinará el manejo antenatal e intraparto. La corionicidad es el principal factor que determina el pronóstico de la gestación. El número de partos gemelares en nuestro Servicio se aproxima a los 15 al año. En este momento no se registran las gestaciones diagnosticadas en nuestra unidad, pero cuyo parto se realiza en otro hospital, bien por derivación a nuestro centro de referencia por la aparición de complicaciones o bien por deseo materno. Por ello, creo que es un número suficiente para dedicarle la atención médica pertinente, pero escaso para que en nuestra unidad no aparezcan diferencias de criterios, al no estar unificados.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto de calidad se orienta a la protocolización y unificación de criterios en el manejo de las gestaciones gemelares, para un correcto seguimiento y prevención de complicaciones potencialmente diagnosticables por ecografía, como son el síndrome de transfusión feto-fetal, la secuencia anemia-policitemia y el CIR selectivo.

MÉTODO

1. Elaboración de un protocolo de Manejo de Gestación Gemelar dependiente de la Unidad de Ecografía, consensado con el Servicio y elaborado por los médicos que realizamos este proyecto (Teresa Bernal como coordinadora, y Vicente Spinoso, Isabel Domingo y Pilar Parrilla)
2. Aplicación e implementación del protocolo. Recogida de datos prenatales por parte de la enfermera de la consulta de tocología (Francisca Peiró), de la auxiliar de la consulta de ecografía (Rosario Fuertes) y de los postnatales por parte de la matrona (Ana Fabre)

INDICADORES

Los marcadores, debido al reducido número de gestaciones, serán difíciles de expresar en porcentajes. Como indicadores se recogerá:

1. Porcentaje de casos que se ajustan al protocolo durante el año 2017: idealmente por encima del 90 %
2. Aparición de complicaciones potencialmente diagnosticables:
 - a. Casos de prematuridad, y porcentaje sobre el mismo de monitorización de signos de alarma y tratamiento.
 - b. Casos de CIR selectivo y porcentaje de detección.
 - c. Casos de secuencia TAPS o STFF y porcentaje de detección.
 - d. Casos de malos resultados perinatales o pérdidas gestacionales y porcentaje de detección de signos de alarma.

DURACIÓN

Elaboración del protocolo entre octubre y diciembre de 2016
Aplicación, recogida de datos e implementación durante el año 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0792

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA GARCÉS VALENZUELA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAGUIA HERMIDA BELEN
LORENTE SAMPER LOURDES
DOMINGO BARRADO ISABEL
COLECHA MORALES MARTA
TREGON MARTIN PILAR
HERRERO SANZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Actualización de hojas de recomendaciones al alta, preexistentes tanto de episodios de ginecología como de Obstetricia

- Diseño de nuevas hojas de recomendaciones para otros diagnósticos, que no existían previamente

- Creación de base de datos para archivo de todas hojas de recomendaciones

- Análisis del porcentaje de hojas entregadas a las pacientes dadas de alta independientemente del diagnóstico, inmediatamente tras el alta y no por correo ordinario junto el informe de alta definitivos días más tarde

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha desarrollado y actualizado las hojas de recomendaciones para casi la mayoría de los diagnósticos posibles en ginecología y Obstetricia

Se ha estimado que la proporción de pacientes a los que se le ha entregado hoja de recomendaciones inmediatamente tras el alta es del 89%

El 100% de las pacientes dadas de alta tras parto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Mejora de la satisfacción de los pacientes al disminuir la incertidumbre/ansiedad por el desconocimiento

Estandarización y sistematización de la información aportada por el personal del servicio

Quedaría pendiente de realizar, la inclusión de esta base de datos en la intranet clínica para mejorar el acceso desde cualquier ordenador del servicio, y también el ir realizando otras hojas de recomendaciones en función de las necesidades que vayan surgiendo en el día a día.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/792 ===== ***

Nº de registro: 0792

Título
MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Autores:
GARCÉS VALENZUELA MARTA, COLECHA MORALES MARTA, DOMINGO BARRADO ISABEL, SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA, TREGON MARTIN PILAR, LAGUIA HERMIDA BELEN, LORENTE SAMPER LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología: Enfermedades del aparato genitourinario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0792

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Se ha convertido en una práctica común que los pacientes sean dados de alta poco tiempo después de una estancia aguda en el hospital y que se les indique que ellos mismos deben hacerse cargo de diversos aspectos de su propia atención en su domicilio.

Esto ha incrementado la necesidad de dar a los pacientes o a sus acompañantes, la información detallada que los habilite para poder realizar efectivamente en el domicilio, la atención requerida.

Se ha sugerido que darles información escrita sobre el cuidado de la salud puede ayudarlos a cuidarse a sí mismos.

La combinación de la información verbal y escrita, sobre el cuidado de la salud, permite el suministro de información estandarizada a los pacientes y sus acompañantes, lo que al parecer, mejora el conocimiento y la satisfacción.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar la información
Mejorar el conocimiento y satisfacción de los pacientes

MÉTODO

Actualizar las hojas de recomendaciones ya existentes
Diseñar nuevas hojas de recomendaciones para las diferentes cirugías ginecológicas y recomendaciones sobre reproducción y embarazo.
Facilitar el acceso a estas hojas a todo el personal del servicio (médicos, enfermeras, y auxiliares de enfermería) colgándola de forma organizada en la intranet clínica del hospital
Automatizar la entrega de estas hojas de recomendaciones en el momento del alta a domicilio, de manera que dispongan de ellas desde el primer momento

INDICADORES

- Porcentaje de hojas de recomendación entregadas al alta
- Numero de hojas de recomendaciones elaboradas
- Disponibilidad de las hojas de recomendaciones en la intranet clínica del hospital

Al alta de la paciente se reflejara en la historia clínica de forma escrita que se entrega la hoja de recomendaciones de forma que se pueda comprobar de forma retrospectiva el porcentaje de pacientes que se va a su domicilio con hoja de recomendaciones.

A los seis meses de la puesta en marcha de este proyecto, se evaluara el número de hojas de recomendaciones que están disponibles en la intranet del hospital y se evaluarán las altas de 2 meses para estimar el número de pacientes a las que se les ha entregado la hoja de recomendaciones al alta.

DURACIÓN

Se iniciara la elaboración de las hojas de recomendaciones a finales de 2016 con una previsión de 2 meses para la elaboración de todas, y de 6 meses para evaluar su disposición en la intranet y el porcentaje de hojas entregadas al alta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 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 - 2016/0967

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES COMPLICADAS CON RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA COLECHA MORALES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEIRO HINOJOSA FRANCISCA
FUERTES UBEDA MARIA ROSARIO
SPINOSO CRUZ VICENTE
VICENTE LAZARO CARMEN MARIA
GARCES VALENZUELA MARTA
CABEZA VENGOECHEA PEDRO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración del protocolo de actuación (manejo, seguimiento y finalización de la gestación) ante un feto CIR, y puesta en marcha del mismo ante tal diagnóstico. Aplicación en todos los casos diagnosticados desde su implantación hasta el momento actual, implicando a todos los profesionales de obstetricia. Para ello sólo es necesaria la estimación del peso fetal mediante ecografía (Ecógrafo Obstétrico de alta resolución) y la valoración de marcadores de bienestar fetal también mediante evaluación ecográfica y la realización de un RCTG (registro cardiotocográfico).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El protocolo ha sido aplicado con éxito y debidamente cumplido siguiendo las directrices del mismo, en todos los casos CIR diagnosticados en el servicio. Se han obtenido buenos resultados perinatales, obteniéndose recién nacidos pequeños acordes al feto estimado ecográficamente, sanos y con puntuaciones elevadas en el test de Apgar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Importancia de unificar criterios de manejo clínico ante situaciones especiales para un correcto seguimiento de los pacientes, sin discrepancias entre los diferentes especialistas involucrados en el proceso, y siempre según las recomendaciones científicas de las diferentes guías de actuación existentes.
Dada la utilidad del protocolo y su facilidad de aplicación, se continuará utilizando ante los nuevos casos diagnosticados. Se actualizará periódicamente y sobretodo ante los posibles nuevos avances científicos sobre el tema.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/967 ===== ***

Nº de registro: 0967

Título
PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES COMPLICADAS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

Autores:
COLECHA MORALES MARTA, PEIRO HINOJOSA FRANCISCA, FUERTES UBEDA MARIA ROSARIO, SPINOSO CRUZ VICENTE, VICENTE PEREZ CARMEN MARIA, CABEZA VENGOECHEA PEDRO JOSE, GARCES VALENZUELA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0967

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES COMPLICADAS CON RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL EN LA UNIDAD DE ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

Los fetos CIR, es decir, aquellos fetos pequeños debidos a una insuficiencia placentaria, representan un 20-30% del total de fetos y por tanto se debe prestar especial atención en el seguimiento de estas gestaciones puesto que es causa de resultado perinatal adverso.

Esta complicación gestacional condiciona un aumento de riesgo de pérdida de bienestar fetal intrauterino y acidosis metabólica, dos situaciones asociadas con un ulterior desarrollo de encefalopatía hipóxica, parálisis cerebral y desarrollo psicomotor anómalo. Además es uno de los principales factores de riesgo de morbilidad neonatal, incrementándose el riesgo de aparición de enterocolitis necrotizante o síndrome de distrés respiratorio.

Dada la elevada incidencia de fetos CIR y la posibilidad de ofrecer un adecuado diagnóstico y seguimiento ecográfico, queda suficientemente justificada la elaboración de este protocolo, para así ofrecer una mejor atención a las gestantes del área de Teruel y prevenir la aparición de complicaciones perinatales sin llegar a causar yatrogenia.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto de calidad es la elaboración de un protocolo de diagnóstico y manejo de las gestaciones CIR. Se pretende unificar criterios para un correcto seguimiento y prevención de complicaciones potenciales, así como establecer el momento recomendado de finalización de la gestación según los diferentes indicadores ecográficos.

MÉTODO

1. Elaboración de un protocolo de Manejo de Gestación complicada con Restricción Crecimiento Fetal dependiente de la Unidad de Ecografía.
2. Aplicación e implementación del protocolo.

INDICADORES

Como indicadores se recogerá:

1. Porcentaje de casos que se ajustan adecuadamente al protocolo durante el año 2017: idealmente por encima del 90 %
2. Valoración del éxito del Protocolo:
 - a. Casos correctamente diagnosticados comparando peso fetal estimado vs peso neonatal real
 - b. Casos mal diagnosticados
 - c. Casos de prematuridad, y porcentaje sobre el mismo de monitorización de signos de alarma y tratamiento.
 - d. Casos de malos resultados perinatales o pérdidas gestacionales y porcentaje de detección de signos de alarma.

DURACIÓN

Elaboración del protocolo oct-dic 2016
Aplicación e implementación: año 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 - 2018/0415

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE MARTA COLECHA MORALES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA

PARRILLA VIRGOS PILAR

CABEZA VENGOECHEA PEDRO

SPINOSO CRUZ VICENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este año 2018 se ha llevado a cabo la revisión de las historias clínicas de aquellas pacientes que estando programadas para intervenciones quirúrgicas por CMA, requirieron ingreso hospitalario postquirúrgico, durante el año 2017 y 2018. El fin de esta revisión es recabar información sobre los motivos que propician este ingreso hospitalario (cuyas cifras rondan el 10%), analizar la situación y valorar qué medidas se pueden llevar a cabo para intentar disminuir esta tasa.

Se elaboró una tabla Excel con varios apartados a analizar, entre los que destacan: el motivo de la intervención quirúrgica, el proceso que se lleva a cabo, si el horario de la cirugía es de tarde o de mañana y la complicación quirúrgica o causa postintervención de la imposibilidad de altar a la paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según los datos aportados por el servicio de documentación, durante los años 2017 y 2018 se llevaron un total de 160 y 141 intervenciones programadas para CMA, respectivamente.

En el 2017, según consta por codificación, 22 pacientes fueron ingresadas sin poderse dar de alta. Tras la revisión de las historias clínicas de dichas pacientes, sólo se constata el ingreso real de 15 pacientes: 8 post-histeroscopia, 3 post-TOT y 4 post-laparoscopia.

En el 2018, por codificación consta que 19 pacientes fueron ingresadas a pesar de constar como CMA. Tras revisar dichas historias, sólo se constata el ingreso de 15 pacientes: 4 post-TOT, 4 laparoscopias, 1 post-conización, 5 post-histeroscopia y 1 por reconversión previa al quirófano de la vía de abordaje (de laparoscopia a laparotomía).

Se evidencian algunos casos de error de codificación (pacientes que se programan por CMA y se van de alta conforme los protocolos de CMA a las pocas horas del postoperatorio, sin constar que la paciente pase ninguna noche en el hospital). En otras ocasiones el error de codificación se produce en pacientes que se intervienen por procedimientos que ya llevan inherentes el ingreso hospitalario y cuya programación no es posible hacerse por CMA; por ejemplo una histerectomía vaginal no es candidata a ser alta de forma precoz. Otro motivo por el que se aumentan los supuestos casos de CMA, son los quirófanos que se llevan a cabo de forma extraordinaria por la tarde, puesto que a pesar de ser intervenciones a priori candidatas a CMA y puede ser que así conste en las hojas de inclusión de LEQ, no es posible si son realizadas en el horario de tarde por logística y cuestión de tiempos.

Algunos de los motivos que condicionan el ingreso de las pacientes son complicaciones intraoperatorias de diferentes índoles, tanto por el procedimiento quirúrgico mismo como por la anestesia. Otros sin embargo, son incidencias durante el postoperatorio inmediato, algunas leves que se resuelven a las pocas horas y otras más graves que requieren varios días de ingreso hospitalario.

Así, la causa que mayoritariamente obliga al ingreso tras una histeroscopia es la perforación uterina evidenciada en quirófano. En el caso de las conizaciones, es el sangrado postoperatorio abundante. El problema postoperatorio de las TOT suele ser, a partes iguales, la dificultad miccional y el dolor inguinal por la colocación de la malla. En los casos de laparoscopias suele ser malestar general con náuseas o la falta de tolerancia oral, sin que se haya producido ninguna incidencia en la intervención quirúrgica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la vista de los datos analizados, se elaboran unos criterios de inclusión y exclusión de CMA, y se toman en consideración medidas para que la tasa de ingresos en pacientes programados por CMA sea la menor posible.

En cuanto a los quirófanos de tarde, ningún quirófano será considerado como CMA (independientemente que en la hoja de inclusión en lista de espera conste así), puesto que el tiempo control postquirófano y postanestesia se prolonga hasta la noche, siendo recomendado el ingreso para un mejor postoperatorio inmediato.

Todas las conizaciones son susceptibles de CMA. La complicación que se asocia a ingreso hospitalario suele ser el sangrado. Nos deberemos asegurar de obtener una buena hemostasia del lecho quirúrgico en quirófano, siendo posible incluso la utilización de material hemostático, si el caso así lo precisa.

En el caso de las histeroscopias tanto quirúrgicas como diagnósticas, se protocoliza como método de permeabilizar canal cervical y evitar así las posibles complicaciones por perforación uterina o creación de falsas vías, el uso de Misoprostol preoperatorio, indicándose a la paciente la administración vía vaginal de 1 comprimido de misoprostol 200mg por la noche antes de acostarse y otro por la mañana al despertar. Se les entrega en el momento de la inclusión en LEQ, un folleto explicativo del procedimiento con las instrucciones por escrito de cómo y cuándo administrarse la medicación, e incluso se entregan físicamente los 2 comprimidos necesarios. En caso de realizarse la intervención quirúrgica en horario de tardes, la medicación se administrará por la mañana temprano al despertar y unas 3 horas antes de la intervención.

Como ya se ha comentado anteriormente, los principales motivos que obligan a ingreso hospitalario tras la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0415

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO

colocación de una TOT es la dificultad para la micción y el dolor inguinal, debido a la misma técnica quirúrgica. Se intentará seleccionar a aquellas pacientes con comorbilidades álgicas (fibromialgia, artrosis, dosis de medicación antiálgica considerables y habituales) para ingreso hospitalario y no para CMA.

Para terminar, con las laparoscopias, se incluirán en CMA sólo aquellas que se vayan a realizar en pacientes a priori con bajo riesgo de complicaciones: ligaduras tubáricas en pacientes sin comorbilidades ni cirugías pélvicas previas, quistes simples menores de 6 cm, o teratomas de pequeño tamaño (4-5 cm máximo). Así pues, requerirán ingreso hospitalario las pacientes con 2 o más cirugías pélvicas previas, pacientes con endometriomas o sospecha de endometriosis, o con quistes sólidos de gran tamaño. Las histerectomías se seguirán considerando para ingreso hospitalario, como se venía haciendo hasta ahora

7. OBSERVACIONES.

Se seguirán a las pacientes CMA durante el año 2019, tras la aplicación de dichos criterios y medidas y se analizarán el éxito de las mismas en cuanto a disminución de tasas de ingreso.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/415 ===== ***

Nº de registro: 0415

Título
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO

Autores:
SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA, PARRILLA VIRGOS PILAR, CABEZA VENGOECHEA PEDRO, SPINOS CRUZ VICENTE, COLECHA MORALES MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
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

Se ha detectado, que a lo largo del año 2017, un 11% de las pacientes, clasificadas como CMA, acabaron ingresadas por varios motivos.
Hay que valorar, si los criterios de inclusión en dicho proceso son los adecuados

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto pretende hacer un estudio y seguimiento de estos casos, para valoración y mejora.

MÉTODO

Realización de protocolo de inclusión de las listas de procesos catalogados como CMA.
Control, estudio de los realizados durante el año 2017 y valoración de los proceso para lo largo del año en curso

INDICADORES

El límite a alcanzar, es que no se revierta a ingreso más del 5 % de dichas pacientes y patologías

DURACIÓN

Revisión de los procesos acaecidos durante al año 2017 hasta el 30 de mayo. Dra. Elena Schuhmacher y Dra. Marta Colechá
Hacer protocolos de adecuación de inclusión en lista de espera quirúrgica hasta el 30 de junio 2018. Dr. Pedro Cabeza, Dra. Elena Schuhmacher, Dra. Pilar Parrilla y Dr. Vicente Spinoso
Revisión de la casuística de el año en curso, finalización el 31 de enero 2019. Dra. Pilar Parrilla y Dr. Vicente Spinoso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0415

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO

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 - 2018/0415

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO. SEGUIMIENTO TRAS APLICACION DE NUEVO PROTOCOLO DE INCLUSION DE PACIENTES EN CATEGORIA CMA

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA COLECHA MORALES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA
SPINOSO CRUZ VICENTE
GIL MELGOSA LIGIA
GARCES VALENZUELA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este 2019 y tras la elaboración del protocolo de inclusión de pacientes con patología ginecológica para intervención programada por CMA, se ha aplicado dicho protocolo en todos los casos y se ha revisado su correcto cumplimiento. Una vez finalizado el año, se solicitó en enero de 2020 la información necesaria al Servicio de Documentación en donde se reflejan todas las pacientes intervenidas por CMA y el destino tras la operación (paso a hospitalización vs alta a domicilio). Se revisaron todas aquellas historias clínicas de las pacientes que cursaron con ingreso para volver a revisar la cumplimentación del protocolo y el motivo que propició el ingreso. Para la recogida de datos se elaboró una tabla excel con datos que se consideran relevantes para el análisis de los casos (edad, antecedentes médicos, antecedentes quirúrgicos, indicación quirúrgica, procedimiento quirúrgico, diagnóstico final, complicaciones intraoperatorias, quirófano de mañana o de tarde, cumplimiento del protocolo, motivo del ingreso, etc.)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según la información proporcionada por el Servicio de Documentación, en 2019 se han intervenido un total de 120 pacientes por CMA y han precisado reingreso 12 de ellas. Esto significa que se han producido un total de 10% de reingresos.

De ellas 5 fueron tras conización y en todos los casos el motivo fue sangrado importante postoperatorio, a pesar de realizar una minuciosa coagulación del lecho quirúrgico intraoperatorio, la colocación de elementos hemostáticos intravaginales y conseguir en el momento de finalizar la intervención quirúrgica una hemostasia completa.

En cuanto a las histeroscopias, sólo 1 de las realizadas reingresó y el motivo fue la aparición de un cuadro de mareos, nada predecible según las características clínicas de la paciente, y muchas veces debiéndose a causas ajenas al acto puramente ginecológico.

Continuando con la revisión, reingresaron 2 pacientes tras someterse a la colocación de malla suburetral por incontinencia urinaria de esfuerzo. En una de ellas el motivo que derivó en ingreso fue el dolor postoperatorio a pesar de producirse una adecuada micción. El otro caso se trata de una paciente previamente intervenida por el mismo motivo y con una malla no funcionante en el mismo lugar. Al colocar la malla, se produce retracción y fibrosis de los tejidos en vecindad y desafortunadamente se produjo una perforación uretral durante la manipulación quirúrgica, que fue evidenciada en el mismo momento y resuelta por el especialista de urología mediante la colocación de una sonda vaginal. El ingreso fue por orden de urología para control de hematuria.

Por lo que hace a las laparoscopias, ingresaron 2 casos por reconversión a laparotomía debido a adherencias. La primera de ellas tenía diagnóstico de teratoma de 4 cm y no tenía ninguna intervención quirúrgica abdominal previa. Al iniciar la intervención se evidenció una pelvis congelada por la presencia de endometrioma y no teratoma, haciendo imposible proseguir con la exéresis del tumor vía laparoscópica por las adherencias firmes existentes.

El otro caso se trataba de una mujer con antecedente de histerectomía abdominal por laparotomía y diagnóstico de leiomiomas, programándose anexectomía bilateral laparoscópica de estadificación. Presentaba un cuadro adherencial grave que imposibilitaba completar la cirugía mediante laparoscopia decidiendo reconversión a laparotomía.

Se produjo el caso de una mujer que ingresó para observación debido a una hipersensibilidad a los relajantes musculares durante su estancia en el despertar con dificultad respiratoria, tras una histeroscopia quirúrgica. Por tanto, se trata de un motivo anestésico no predecible y no ginecológico.

Y para terminar, hubo el caso de 1 paciente a la que se le realizó estudio de esterilidad mediante histeroscopia y laparoscopia que precisó ingreso hospitalario por debilidad y mareos postoperatorios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que no ha sido posible alcanzar el objetivo de reducción de la tasa de ingresos a un 6%, creemos que la elaboración y aplicación del protocolo ha sido de gran utilidad para unificar criterios de inclusión y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0415

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO. SEGUIMIENTO TRAS APLICACION DE NUEVO PROTOCOLO DE INCLUSION DE PACIENTES EN CATEGORIA CMA

prácticas clínicas útiles para la reducción de complicaciones intraoperatorias (administración de misoprostol vía vaginal en caso de histeroscopias, utilización de hemostáticos en caso de cesareas, programación de laparotomías en caso de pacientes con alto riesgo de reconversión de laparoscopias, ...).

Hemos observado una notable reducción de casos de perforación uterina y de creación de falsa vías con la utilización de misoprostol para mejorar la permeabilidad del canal cervical, y una también reducción de las dificultades miccionales postcolocación de malla TOT. Sin embargo, y a pesar de procurar una correcta hemostasia intraoperatoria y de la utilización de material hemostático en caso de las conizaciones, el número de ingresos por sangrado postoperatorio no ha disminuido. Con ello, creemos que es necesaria la introducción de medidas extra para seguir intentado que estas cifras se reduzcan lo máximo posible.

Decir también que es prácticamente imposible la reducción de este porcentaje a 0, puesto que algunos de los motivos que ocasionan el inesperado ingreso se escapan de ser predecibles y son ocasionados por otros motivos no ginecológicos: sensaciones de mareo y/o debilidad a pesar de normalidad de constantes clínicas y analíticas, complicaciones anestésicas o reacciones adversas a medicamentos utilizados.

El Servicio de Ginecología y Obstetricia es consciente de la necesidad de crear una consulta prequirúrgica semanal donde revisar si persiste o ha cambiado la indicación de la cirugía programada y si es necesaria la modificación del procedimiento a realizar. Además sería útil para aclarar las dudas surgidas por parte de los pacientes, revisar aparición de nuevas comorbilidades o incidencias preoperatorias y individualizar cada caso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/415 ===== ***

Nº de registro: 0415

Título
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO

Autores:
SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA, PARRILLA VIRGOS PILAR, CABEZA VENGOECHEA PEDRO, SPINOS CRUZ VICENTE, COLECHA MORALES MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
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
Se ha detectado, que a lo largo del año 2017, un 11% de las pacientes, clasificadas como CMA, acabaron ingresadas por varios motivos.
Hay que valorar, si los criterios de inclusión en dicho proceso son los adecuados

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto pretende hacer un estudio y seguimiento de estos casos, para valoración y mejora.

MÉTODO
Realización de protocolo de inclusión de las listas de procesos catalogados como CMA.
Control, estudio de los realizados durante el año 2017 y valoración de los proceso para lo largo del año en curso

INDICADORES
El límite a alcanzar, es que no se revierta a ingreso más del 5 % de dichas pacientes y patologías

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0415

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO. SEGUIMIENTO TRAS APLICACION DE NUEVO PROTOCOLO DE INCLUSION DE PACIENTES EN CATEGORIA CMA

Revisión de los procesos acaecidos durante al año 2017 hasta el 30 de mayo. Dra. Elena Schuhmacher y Dra. Marta Colechá
Hacer protocolos de adecuación de inclusión en lista de espera quirúrgica hasta el 30 de junio 2018. Dr. Pedro Cabeza, Dra. Elena Schuhmacher, Dra. Pilar Parrilla y Dr. Vicente Spinoso
Revisión de la casuística de el año en curso, finalizacion el 31 de enero 2019. Dra. Pilar Parrilla y Dr. Vicente Spinoso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0270

1. TÍTULO

CONSULTA DE ATENCIÓN PRE QUIRÚRGICA EN LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE LIGIA GIL MELGOSA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COLECHA MORALES MARTA
SPINOSO CRUZ VICENTE
GARCES VALENZUELA MARTA
PARRILLA VIRGOS PILAR
DOMINGO BARRADO ISABEL
CABEZA VENGOECHEA PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se propone a finales del año 2018, organizar una consulta especializada en la atención prequirúrgica a las pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia incluidas en lista de espera quirúrgica.
2. Se expone el proyecto en el Servicio de Ginecología y Obstetricia con aceptación y acuerdo de todos sus miembros.
3. En diciembre de 2018 se decide que la consulta de atención prequirúrgica se va a llevar a cabo todos los miércoles de cada semana. En dicha consulta se citan a todas aquellas pacientes que van a ser intervenidas en un plazo de 7-15 días. El horario será entre 8,45h y 11h, se citan 5 pacientes con un tiempo de atención a cada una de entre 20 y 30 minutos.
4. Elaboración de una hoja Excel en la que se recogen los datos de las pacientes que acuden a dicha consulta:
 - a. Datos personales de la paciente
 - b. Fecha de inclusión en lista de espera quirúrgica
 - c. Diagnóstico e Indicación quirúrgica inicial.
 - d. Exploración o pruebas complementarias realizadas en el caso de que se hayan hecho.
 - e. Valoración y cambios respecto a la indicación quirúrgica
 - f. Indicación de tratamientos pre intervención en el caso de que la haya.
 - g. Recogida del consentimiento informado firmado.
 - h. Observaciones: señalar los posibles inconvenientes o imprevistos que puedan interferir el día de la cirugía para programar los partes quirúrgicos con la máxima eficacia posible, señalar la necesidad de antibioterapia o de trasfusión de hemoderivados.
5. Elaboración de hojas de recomendaciones de las distintas intervenciones quirúrgicas que se aporta a la paciente durante esta consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Aceptación del proyecto por parte de todo el servicio de Ginecología y Obstetricia.
 2. Realización de hojas de recomendaciones para las cirugías.
 3. Programación de consultas todos los miércoles.
 4. Durante el tiempo en el que ha sido posible llevar a cabo el proyecto, se han visitado a 52 pacientes.
- De estas:
- a. 37 pacientes se mantuvieron en lista de espera quirúrgica sin cambios. (71.15%)
 - b. 9 pacientes se excluyeron de la lista de espera quirúrgica por diferentes motivos: patología concomitante, circunstancias personales, resolución de patología... (17.3%)
 - c. 14 pacientes recibieron indicación de tratamiento previo a la intervención. (26.92%)
 - d. 7 no acudieron y fueron intervenidas sin pasar la consulta prequirúrgica. (13.46%)
 5. Rentabilización del tiempo quirúrgico, del personal disponible y de los materiales quirúrgicos de los que se disponen durante el tiempo que se pudo llevar a cabo la consulta prequirúrgica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Durante el tiempo que pudo llevarse a cabo la consulta se rentabilizó el tiempo quirúrgico adecuándose mejor el parte de quirófano a los recursos y el personal disponible.
2. Un 17,3% de las pacientes visitadas fueron retiradas de la lista de espera quirúrgica por diferentes motivos, un porcentaje que no es desdeñable si tenemos en cuenta los recursos y el personal necesarios para cada intervención quirúrgica.
3. Un 26,92% de las pacientes recibieron indicación de tratamiento previo a la intervención con el objetivo de facilitar dichas intervenciones y disminuir las complicaciones.
4. Observamos que muchas pacientes en el momento de entrar en quirófano no tienen claro cuál es el procedimiento que se va a realizar. Gracias a la consulta prequirúrgica la satisfacción subjetiva de las pacientes mejorará.
5. A pesar de haber sido suspendida la consulta de manera temporal por falta de personal en el servicio, el objetivo es continuar con su implantación durante el año 2020 cuando sea posible.

7. OBSERVACIONES.

1. Debido a la situación del Servicio durante el año 2019, con falta de personal la mayor parte del año, sólo se ha podido llevar a cabo el proyecto hasta marzo de 2019. (Durante el año 2019, el servicio contó con una dimisión de uno de los facultativos, una baja por maternidad y una jubilación). Debido a que hay consultas en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0270

1. TÍTULO

CONSULTA DE ATENCIÓN PRE QUIRÚRGICA EN LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

nuestra especialidad que no pueden ser aplazadas, la consulta de atención prequirúrgica tuvo que ser suspendida temporalmente.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/270 ===== ***

Nº de registro: 0270

Título
CONSULTA DE ATENCION PRE QUIRURGICA EN LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Autores:
GIL MELGOSA LIGIA, SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA, COLECHA MORALES MARTA, SPINOSO CRUZ VICENTE, GARCES VALENZUELA MARTA, PARRILLA VIRGOS PILAR, DOMINGO BARRADO ISABEL, CABEZA VENGOECHEA PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Obispo Polanco, es un servicio pequeño, por lo que conviene rentabilizar al máximo los tiempos de quirófano disponibles. Algunas de las indicaciones en cirugías obstétrico-ginecológicas pueden variar en el tiempo de espera quirúrgico, una cesárea programada por presentación podálica puede ser anulada al convertirse a presentación cefálica. Además de la cesárea, otras indicaciones se beneficiarían de una revisión en consulta antes de la cirugía, para planificar bien el tipo de cirugía, saber los cirujanos necesarios y poder organizar el resto de las obligaciones del servicio o pautar si fuera necesario algún tipo de tratamiento que facilite la cirugía. Se podría planificar mejor el quirófano para poder ajustar los tiempos estimados de cada una de las cirugías aprovechando al máximo los tiempos quirúrgicos y los materiales disponibles. En esta consulta se comprobaría que todos los trámites burocráticos hayan sido correctamente realizados. Se evitarían imprevistos el mismo día de la cirugía como cancelaciones de cirugías o dificultades imprevistas y rentabilizar al máximo el tiempo quirúrgico y la disponibilidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Evitar suspender cirugías el mismo día que estaban indicadas. Si se suspende alguna, se sustituirá por otra cirugía de la lista de espera quirúrgica. Rentabilizar al máximo el tiempo quirúrgico disponible, el personal y los materiales necesarios. Prever dificultades que puedan surgir en el momento de la cirugía. Individualizar y anticipar la necesidad de antibioterapia y transfusión de hemoderivados. Pautar los tratamientos que sean necesarios para realizar la intervención de la forma más adecuada y segura posible. Explicar con detenimiento en que consiste la cirugía y el postoperatorio a las pacientes, resolver y aclarar las dudas que les hayan podido surgir el tiempo de espera. La población diana a la que va dirigida el proyecto son todas aquellas pacientes que van a ser intervenidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Obispo Polanco, sobretudo se centrará en aquellas que llevan más tiempo en lista de espera quirúrgica.

MÉTODO

Se organizará una consulta los martes de cada semana en la que se citarán a las pacientes que hayan sido programadas para quirófano en los 7-15 días siguientes. Se repetirá la exploración a la paciente si se considera pertinente y se revisarán las pruebas de imagen disponibles con el propósito de poder determinar el mejor abordaje quirúrgico y poder prever el instrumental necesario más idóneo para cada intervención. Comprobar que el paciente ha completado el estudio preoperatorio con el anestesiólogo. Comprobar que el paciente ha comprendido y firmado el consentimiento informado. Resolver todas las dudas que a la paciente le puedan surgir. Se llevará un control estadístico de las pacientes que se visitan. La consulta tendrá lugar en la consulta de Ginecología general, será los miércoles de 8,45h a 11h. Se citarán alrededor de cinco pacientes teniendo en cuenta que el tiempo de atención a cada una de ellas será de 20-30 minutos.

INDICADORES

Se recogerán los datos de todas las pacientes que pasen por la consulta prequirúrgica en unas fichas diseñadas específicamente. Además de los datos personales, se detallará el tipo de intervención, el diagnóstico, la exploración y pruebas realizadas, así como las observaciones que haya que tener en cuenta el día de la intervención. Al finalizar el año se recogerán las estadísticas del año 2019 para comprobar el número de cirugías que se han llevado a cabo en total en el servicio de Ginecología y Obstetricia. Se analizará cuántas de esas pacientes fueron vistas en la consulta prequirúrgica antes de la intervención y si

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0270

1. TÍTULO

CONSULTA DE ATENCIÓN PRE QUIRÚRGICA EN LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

es significativo el número de intervenciones que en la consulta pre quirúrgica hayan sido pospuestas por no ser el momento más idóneo. Se analizarán aquellas cirugías que hayan sido suspendidas el mismo día de la intervención y la causa de la cancelación para poder averiguar si se pudiera haber evitado en la consulta pre quirúrgica.

DURACIÓN

La evaluación del proyecto se llevará a cabo a lo largo del año 2019, con el objetivo de continuar los años siguientes si los resultados de la misma son favorables. La principal responsable de su implantación es la Dra. Schuhmacher, jefa de servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Obispo Polanco.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0654

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PASTOR ESPUIG
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARZARAN TEIJEIRO ANA
NAVARRO CASADO MARIA NIEVES
GRACIA SANCHEZ PILAR
ALIAS ALEGRE EVA GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron 2 reuniones entre Dra. Navarro y Dra. Pastor, como oftalmólogas y entre la Dra. Garzarán y la Dra. García como internistas. Se valoró la necesidad de crear una unidad multidisciplinar que agilizara las consultas y el intercambio de información entre ambas especialidades. Se acordó que el día de consulta de la Unidad de Uveítis sería el último martes de cada mes, citando a los pacientes en la segunda parte de la consulta. Debido a la dificultad de crear agendas con nombres propios, no se pudo crear una nueva agenda con el nombre de "uveítis". Los pacientes eran citados en la consulta de retina de la Dra. Pastor (OFT-9), pero eran distribuidos a lo largo de toda la mañana de consulta. Esto dificultaba la organización de la unidad. Se intentó contactar y hacer partícipe también al especialista en reumatología del Hospital, pero era inminente el traslado de su plaza a otro hospital y no pudimos contar con él. La nueva reumatóloga que ocupó su puesto, estuvo de baja maternal, y también estuvimos unos meses sin poder realizar ninguna reunión con ella. Se recopilaron los pacientes diagnosticados de uveítis y que eran revisados por oftalmología y/o medicina interna y/o reumatología. Se inició el proceso de citación de los pacientes el día designado para la consulta de uveítis, pero como he mencionado, coordinar el horario de las visitas se nos hizo imposible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Estamos convencidos de la importancia de esta unidad de Uveítis en el Hospital Obispo Polanco. Son numerosas las veces que se contacta telefónica o presencialmente con la reumatóloga o con la internista para comentar aspectos de los pacientes que llevamos conjuntamente. Las reuniones se hicieron y se iniciaron las citaciones, pero problemas personales, vacaciones etc de los diferentes médicos de la unidad hizo que no tuviera continuidad. Tenemos una unidad de uveítis "virtual", porque nos mantenemos en permanente contacto en relación a ciertos pacientes, pero estos acuden un día a su consulta con medicina interna y otro día a su consulta con oftalmología. Y nos intercambiamos valoraciones por teléfono, por mensajes, o revisando la historia clínica de la otra especialidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las unidades de uveítis necesitan de una mezcla compleja de conocimientos de Medicina Interna, y de la destreza del oftalmólogo para explorar a los pacientes. El oftalmólogo debe ser capaz, tras la exploración, de orientar las posibilidades etiológicas y el orden de prioridad y probabilidad; y el internista debe realizar una minuciosa anamnesis orientada según las sospechas del oftalmólogo. Deben ser unidades multidisciplinarias donde se hable el mismo "idioma" y se trabaje en la misma consulta y poder hablar "cara a cara" interna/reumatólogo y oftalmólogo. En uveítis, no "todo se asocia a todo", es decir, que encontramos diferentes patrones concretos de presentación de uveítis que se relacionan con diferentes enfermedades sistémicas concretas y por tanto en estos casos la petición de grandes baterías diagnósticas supone una pérdida de tiempo y dinero. Con esta unidad de uveítis se busca la rentabilidad diagnóstica. Se busca que un paciente con uveítis salga de la consulta con una descripción detallada de su uveítis, las posibilidades etiológicas y la batería de pruebas que corresponde, y se corresponde con un tratamiento adecuado. Creemos que el proyecto merece la pena prolongarlo y volver a iniciar las reuniones con la Dra. Estopiñan (Reumatología) y con la Dra. Garzarán (Medicina Interna). De nuevo citar a los pacientes e intentar cuadrar las agendas con los demás especialistas para que se desplacen a las consulta de oftalmología para realizar la visita conjunta. A veces, los problemas burocráticos, y de organización del servicio y la siempre alta carga asistencial, hace que no encontremos la manera de hacer realidad un proyecto que creo que puede aportar grandes beneficios para los pacientes y para los profesionales que podremos ser altamente resolutivos en estas consultas.

7. OBSERVACIONES.

Me gustaría saber cómo puedo prolongar el proyecto. Estoy bastante implicada en el proyecto y creo que puede ser una gran oportunidad de mejora, pero hay que modificar el planteamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0654

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/654 ===== ***

Nº de registro: 0654

Título
CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
PASTOR ESPUIG MARIA, GARZARAN TEIJEIRO ANA, NAVARRO CASADO MARIA NIEVES, GRACIA SANCHEZ PILAR, ALIAS ALEGRE EVA GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las uveítis son un proceso inflamatorio que afecta a la úvea (iris, cuerpo ciliar o coroides). Por extensión se incluyen procesos inflamatorios que afectan a la córnea, esclera, vítreo, nervio óptico y retina. Debido a los diferentes mecanismos implicados en su patogénesis y las variables respuestas de los diferentes tejidos a los mismos, existen un gran número de procesos distintos englobados bajo el término uveítis. Su patogenia reside principalmente en alteraciones localizadas en órganos extraoculares, fundamentalmente relacionados con el sistema inmunitario y se ha comprobado su asociación con enfermedades generales autoinmunitarias/autoinflamatorias.. En ocasiones el ojo es la primera manifestación de una enfermedad sistémica hasta el momento desconocida y con estudios sistémicos negativos. Actualmente las uveítis son remitidas mediante interconsulta al internista y/o reumatólogo para valoración sistémica o para iniciar tratamiento inmunosupresor sistémico. La comunicación es bastante escasa y difícil.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear una unidad de Uveítis formada por 1 oftalmólogo, 1 internista y 1 reumatólogo. Las uveítis, como enfermedades oculares que son, han de tener en el oftalmólogo el primer receptor del paciente y el que establezca las guías participativas del resto de integrantes del equipo multidisciplinar, cuya contribución será más decisiva en los casos donde se sospeche una afección sistémica. En las uveítis no infecciosas que precisan de un tratamiento sistémico inmunosupresor será el internista el encargado de prescribir el tipo, dosis y pauta inmunosupresora. Por otra parte el oftalmólogo, mediante exploración del paciente, determinará la eficacia o no del tratamiento instaurado. El internista solicitará los exámenes periódicos necesarios para eliminar y limitar los efectos adversos de la terapia elegida. El internista también será el encargado de instaurar el tratamiento infeccioso, si fuera el caso. El especialista no-oftalmólogo deberá reevaluar periódicamente a los pacientes caracterizados como idiopáticos en busca de un diagnóstico etiológico

MÉTODO
Se creará una agenda conjunta cada 15 días donde se citarán los pacientes diagnosticados de uveítis. Los pacientes se revisarán por el oftalmólogo y junto con el internista y/o reumatólogo se valorará la necesidad de nuevo tratamiento, ajuste de dosis, etc... Las visitas se realizarán en el consulta de retina donde el oftalmólogo tiene todo el equipo técnico para realizar las exploraciones y será el internista y/o reumatólogo quien se desplazará hasta esta consulta.

INDICADORES
Realizar al menos 2 reuniones con el oftalmólogo responsable de la unidad de uveítis y con el internista y/o reumatólogo.
Poner en marcha las citaciones de los pacientes.
La organización logística de la asistencia a los enfermos con uveítis debe tener como núcleo básico la estrecha relación entre el oftalmólogo y el internista/reumatólogo. La atención médica de forma conjunta puede alcanzar notables cotas de eficiencia: se da la deseable complementariedad en el procedimiento del diagnóstico -y a veces terapéutico-, el enriquecimiento científico mutuo es de gran valor y la gestión de los recursos económicos parece muy adecuada. Del equipo multidisciplinar se van a desprender actividades no sólo asistenciales y de investigación, sino también académicas y docentes, en las que participarán todos los componentes del grupo.

DURACIÓN
Diciembre-Enero-Febrero 2017: Realizar las reuniones necesarias con los responsables para definir los días de consulta, los horarios, etc.
Marzo-Abril: Iniciar la citación de pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0654

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Abril-Mayo: iniciar las consultas en la unidad multidisciplinar.

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 - 2016/0665

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 28/01/2018

2. RESPONSABLE EVA GLORIA ALIAS ALEGRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PASTOR ESPUIG MARIA
NAVARRO CASADO MARIA NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha aplicado la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo en el manejo (clasificación, estudio diagnóstico y tratamiento) del paciente con oclusiones venosas de la retina. Se ha acelerado la llegada del paciente a la sección de retina del servicio de oftalmología de tal forma que al llegar a las consultas y detectar esta patología se comunica directamente a los retinólogos. En el nuevo programa de consultas del año 2016-2017 se han establecido consultas de retina los lunes, martes, miércoles y viernes. Prácticamente el paciente llega a la consulta de retina en el mismo día que se realiza el diagnóstico. Se realiza directamente el estudio con realización de agudeza visual, retinografía, tomografía de coherencia macular y angiografía para detectar posibles complicaciones oftalmológicas.

De esta forma se ha establecido un protocolo para clasificar anatómicamente el tipo de oclusión vascular, las complicaciones existentes y el reconocimiento de los factores de riesgo sistémicos que puede presentar el paciente. Para coordinar este protocolo se llevo a cabo una sesión clínica sobre el mismo dentro de nuestro programa de sesiones clínicas (lunes de 8:00 a 9:30h). En dicha sesión clínica se recalcaron las siguientes necesidades:

-La necesidad de canalizar al paciente inmediatamente a la consulta de retina tras el diagnóstico de oclusión venosa retiniana en la consulta oftalmológica ambulatoria, en urgencias,...

-Realizar una clasificación correcta del tipo de oclusión venosa retiniana y de la existencia de alguna complicación asociada a la misma.

- Llevar a cabo el protocolo diagnóstico en función de la edad de posibles factores de riesgo oftalmológicos y sistémicos. Insistiendo en el glaucoma de ángulo abierto, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperviscosidad sanguínea, hiperlipidemia y trombofilia. En función de los resultados derivar al paciente a su médico de familia, al servicio de hematología, medicina interna, ... Alcanzar un manejo multidisciplinar.

-Explicar al paciente las exploraciones necesarias para ello, el tiempo previsto de seguimiento, y, si es necesario, el tratamiento que precisa y el seguimiento del mismo. Evitando fallos en las consultas de seguimiento y en los actos terapéuticos.

-Modificar según necesidad y agilizar la citación del paciente para instaurar el tratamiento en el tiempo más breve posible.

Se ha establecido el protocolo del manejo y tratamiento de las complicaciones. Se ha agilizado el manejo del edema macular intentando iniciar el tratamiento con Lucentis, Eylea o con Ozurdex intravítreos en el menor tiempo posible. Se ha organizado un quirófano de locales los viernes de tal forma que cada viernes se trata a los pacientes que lo necesitan. Se inicia el tratamiento 3-5 días tras el diagnóstico.

Si los pacientes se tratan con Lucentis o Eylea intravítreo, inicialmente reciben una dosis del mismo mensualmente durante 3 meses y se repite la exploración oftalmológica a los 3 meses. Si persiste el edema macular y/o no ha mejorado la visión se insiste en el tratamiento siguiendo un protocolo de tratamiento TREAT and EXTEND.

Si se ha decidido iniciar el tratamiento con Ozurdex intravítreo se cita al paciente a la semana para vigilar que no existan signos de endoftalmitis, a los dos meses para vigilar la presión intraocular y a los cuatro meses. Momento en el cual decidimos si volvemos a retratar. Decisión que depende de la persistencia, reaparición del edema macular y/o agudeza visual del paciente. Nuestra experiencia nos indica que cada 4 meses requieren retratamiento.

Disponemos de tonómetros Perkins que nos permiten controlar la presión intraocular con facilidad.

Se ha dotado al servicio con un sistema láser Pascal de Topcon que nos permite tratar la isquemia retiniana cuando lo precisan (casos de oclusión venosa retiniana isquémica detectada en la angiografía). Sistema láser que implica realizar un tratamiento más completo, con menos dolor para el paciente y en menor tiempo.

De Julio a Septiembre de 2015 se llevo a cabo el protocolo sobre la llegada del paciente a la consulta de retina, estudio oftalmológico y sistémico preciso, y, las medidas terapéuticas necesarias.

De Septiembre de 2015 a Julio 2016 se puso en marcha la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha aplicado la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo en el manejo (clasificación, estudio diagnóstico y tratamiento) del paciente con oclusiones venosas de la retina. Se ha acelerado la llegada del paciente a la sección de retina, en la mayoría de los casos el mismo día que se realiza el diagnóstico es visitado por el retinólogo (excepto que el paciente llegue al servicio durante el fin de semana o los jueves; en este caso en el plazo de 1-3 días es visitado en la consulta de retina). Se ha simplificado el estudio diagnóstico, la detección de complicaciones y su clasificación. Se ha instaurado un protocolo terapéutico de las complicaciones encontradas iniciando el mismo en el menor tiempo posible. Se realiza el tratamiento del edema macular en un quirófano de locales los viernes por la mañana. Permite iniciarlo rápidamente y repetirlo las veces necesarias. Contamos con un nuevo laser Pascal para realizar la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0665

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

panfotocoagulación retiniana de forma más eficaz y eficiente evitando al paciente tiempo y molestias. Con ello se ha mejorado la práctica clínica en la consulta evitando estudios repetitivos, consultas innecesarias, mejorar la calidad visual del paciente y su calidad de vida. El resultado que hemos conseguido se puede resumir en la mejoría de la visión de los pacientes con oclusión venosa retiniana. El inicio precoz del tratamiento nos ha permitido mejorar la calidad de vida de los pacientes y detectar otras complicaciones como membranas epirretinianas, agujeros maculares por rotura de quistes intrarretinianos, síndromes de tracción vitreomacular (complicaciones que requieren tratamientos específicos diferentes a los comentados) y reducir otras complicaciones como el glaucoma neovascular. El impacto del proyecto se resume en la satisfacción del paciente al observar su mejoría clínica, el índice que más nos ayuda a medirlo es la agudeza visual. Los indicadores que hemos considerado son el nivel de satisfacción de los profesionales, el nivel de satisfacción de los pacientes, el tiempo transcurrido entre el diagnóstico, indicación del tratamiento y su realización, la comprensión por parte del paciente del seguimiento necesario tras el diagnóstico y tratamiento evitando fallos en el mismo y la agilidad en la consulta y el servicio de citas. Estos indicadores nos aportan datos positivos en la realización del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los miembros del equipo de mejora (las tres retinólogas del servicio de Oftalmología del Hospital Obispo Polanco) nos encontramos satisfechas al lograr mejorar nuestra práctica clínica diaria, observando una buena respuesta de los pacientes. La valoración es muy positiva. El mayor propósito ha sido encontrar unas directrices generales que nos permitan clasificar, diagnosticar y tratar a los pacientes con oclusiones venosas retinianas de la forma más precoz posible. En la actualidad nos encontramos con nuevas alternativas terapéuticas que muestran mejores resultados al instaurar el tratamiento de forma precoz. Nuestro ejemplo a seguir son las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo; de tal forma que hemos seguido sus recomendaciones clínicas, diagnósticas y terapéuticas basadas en conocimientos científicos y niveles de evidencia. El aspecto que ha quedado pendiente es intentar conseguir una sala blanca para realizar los tratamientos intravítreos. Actualmente se realizan en quirófano los viernes, si disponemos de una sala blanca podríamos realizarlos todos los días de la semana. Se podría iniciar el mismo día del diagnóstico. Pensamos que el proyecto debe continuar ya que los pacientes una vez diagnosticados e incluidos en el programa de tratamientos intravítreos (ya sea Ozurdex, Lucentis o Eylea) deben seguir dentro del mismo durante 3 ó 4 años como mínimo. El tratamiento con Ozurdex requiere ser repetido cada 4-5 meses y el tratamiento con Lucentis o Eylea cada 4-6 semanas. Este aspecto es el que más valor aporta para continuar con el mismo y él que da mayor sostenibilidad.

7. OBSERVACIONES.

Pensamos que el proyecto debe ser de seguimiento para continuar iniciando el tratamiento de los pacientes diagnosticados de novo lo más precoz posible y para continuarlo en aquellos pacientes que ya han iniciado el mismo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/665 ===== ***

Nº de registro: 0665

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
ALIAS ALEGRE EVA GLORIA, PASTOR ESPUIG MARIA, NAVARRO CASADO MARIA NIEVES, DIAZ GIRALDO FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0665

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

PROBLEMA

La obstrucción venosa de la retina supone la segunda causa más frecuente de pérdida de visión por problemas vasculares de la retina. Múltiples estudios poblacionales demuestran que por encima de los 30 años de edad, la prevalencia estandarizada por edad y género es de 0.52%. En la actualidad se encuentran diferentes alternativas terapéuticas cuyos objetivos son actuar sobre las complicaciones oftalmológicas que provocan disminución de la agudeza visual; ayudando a mejorar el pronóstico y las expectativas del paciente y del oftalmólogo. Múltiples ensayos clínicos demuestran la necesidad de instaurar la opción terapéutica elegida lo más precoz posible para mejorar el resultado final. Por falta de organización o coordinación entre el servicio de urgencias o médico de familia con el servicio de oftalmología, retraso en la llegada del paciente a la consulta de retina, falta de organización en la consulta, falta de disponibilidad de espacio y tiempo quirúrgico, ..., se observa un retraso en la llegada del paciente al servicio de oftalmología y un retraso en el tratamiento del mismo. Se necesita una mejora en la canalización de los pacientes a la consulta de retina, intentar lograr la aplicación de un protocolo que permita agilizar la elección terapéutica más adecuada para cada caso y conseguir llevarlo a cabo con la mayor seguridad y calidad en el menor tiempo posible. La Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo pretende mejorar el manejo del paciente con oclusión venosa de la retina.

RESULTADOS ESPERADOS

Aplicación de la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo en el manejo (clasificación, estudio diagnóstico y tratamiento) del paciente con oclusiones venosas de la retina. Se pretende acelerar la llegada del paciente a la sección de retina del servicio de oftalmología, simplificar en lo posible el estudio diagnóstico, clasificar y detectar posibles complicaciones e instaurar el tratamiento correcto de las mismas en la menor brevedad posible. Con ello mejorar la práctica clínica en la consulta evitando estudios repetitivos, consultas innecesarias, mejorar la calidad visual del paciente y su calidad de vida.

MÉTODO

- Canalizar al paciente inmediatamente a la consulta de retina tras el diagnóstico de oclusión venosa en la consulta oftalmológica ambulatoria, en urgencias,...
- Realizar una clasificación correcta del tipo de oclusión venosa retiniana y de la existencia de alguna complicación asociada a la misma.
- Estudio protocolarizado en función de la edad de posibles factores de riesgo sistémicos. En función de los resultados derivar al paciente a su médico de familia, al servicio de hematología, medicina interna, ... Alcanzar un manejo multidisciplinar.
- Explicar al paciente las exploraciones necesarias para ello, el tiempo previsto de seguimiento, y, si es necesario, el tratamiento que precisa y el seguimiento del mismo. Evitando fallos en las consultas de seguimiento y en los actos terapéuticos.
- Modificar según necesidad y agilizar la citación del paciente para instaurar el tratamiento en el tiempo más breve posible. Por ejemplo, conseguir una sala blanca para la administración de tratamientos intravítreos (Ozurdex, Lucentis) evitando dilataciones en el mismo por falta de disponibilidad de quirófano para iniciarlo.

INDICADORES

- Nivel de satisfacción de los profesionales.
- Nivel de satisfacción de los pacientes.
- Tiempo entre el diagnóstico, indicación del tratamiento y su realización.
- Compresión por parte del paciente del seguimiento necesario tras el diagnóstico y tratamiento. Fallos en el mismo.
- Agilidad en la consulta y el servicio de citaciones.

DURACIÓN

Julio-Octubre 2016: Protocolarizar la llegada del paciente a la consulta de retina, estudio oftalmológico y sistémico preciso, y, las medidas terapéuticas necesarias. Describir diseñando un plano de manejo del paciente en función del tipo de oclusión venosa (central o de rama, isquémica o no isquémica) y de la posible existencia de complicaciones (edema macular). Octubre 2016-Julio 2017: Puesta en marcha de la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo.

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 - 2018/0225

1. TÍTULO

MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE EVA GLORIA ALIAS ALEGRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO CASADO MARIA NIEVES
PASTOR ESPUIG MARIA
GARGALLO BENEDICTO AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Todos los pacientes incluidos en lista de espera para ser intervenidos de catarata se han citado en la consulta para realizar la biometría. A cada uno de ellos se le ha realizado un estudio refractivo y queratométrico para conocer su defecto de graduación y curvatura corneal.

Se ha realizado el estudio de la curvatura corneal (queratometría del paciente) con el autorrefractómetro queratómetro disponible en la consulta y con el biómetro óptico LENSTAR. En cada paciente se ha realizado un estudio comparativo de los valores aportados por ambos.

Se ha valorado en cada caso la agudeza visual, la calidad visual y el defecto de refracción.

Se han tenido en cuenta los datos aportados por el biómetro LENSTAR. Los aspectos más importantes y que más nos han ayudado en cada caso son: longitud axial del ojo, espesor corneal, curvatura corneal o queratometría (eje más curvo y eje más plano de la cornea en milímetros y en dioptrías, valorando el astigmatismo corneal en dioptrías y su eje), profundidad de la cámara anterior y espesor del cristalino.

Se ha calculado la potencia de la lente intraocular necesaria en cada caso para conseguir la emetropía con la fórmula Barrett (la fórmula Barrett Universal II de 4ª generación ha demostrado ser la fórmula más precisa para el cálculo biométrico independientemente del biómetro utilizado). Potencia calculada para diferentes lentes intraoculares de tal forma que cada cirujano ha podido elegir entre las diferentes lentes disponibles en nuestro hospital (lente SN6CWS de Alcon, lente Micro+ A de Physion-MedicalMix o CTASPHINIA 409M de Zeiss).

Al realizar este estudio se han clasificado a los pacientes en tres grupos: aquellos casos con astigmatismos corneales menores a 1 dioptría y media que son candidatos a colocar una lente monofocal, los casos con un astigmatismo corneal entre 1 dioptría y media y 2 dioptrías y media, que son candidatos a poder realizar técnicas incisionales para corregirlo parcialmente, y, los pacientes con astigmatismos corneales mayores a 2 dioptrías y media que serían susceptibles de implantarles una lente monofocal tórica para la corrección del mismo.

Al detectar casos con astigmatismos mayores a 2 dioptrías y media se ha utilizado la página web de ALCON ONLINE TORIC IOL CALCULATOR. En dicha página se ha realizado el cálculo de la lente tórica necesaria utilizando la fórmula Barrett introduciendo los datos de cada paciente (potencia de la lente intraocular aportada por el biómetro LENSTAR, curvatura corneal en su eje más plano y más curvo, y, el astigmatismo generado por cada cirujano según su experiencia personal).

Se han considerado aspectos que excluyeran la posibilidad de realizar técnicas incisionales o la implantación de lentes intraoculares tóricas como por ejemplo leucomas corneales, roturas del saco capsular o debilidad zonular. Se ha mejorado en el mercado del eje del astigmatismo previo a la cirugía para optimizar los resultados independientemente de la técnica elegida al utilizar el marcador corneal-péndulo y el anillo de Méndez disponibles en quirófano.

Se ha intentado lograr el concepto de cirugía faco-refractiva consiguiendo el mejor resultado visual en cada caso, logrando la satisfacción de cada paciente en función de sus requerimientos visuales.

Por ese motivo se ha tenido en cuenta la decisión de cada paciente, siendo fundamental la decisión de seguir utilizando gafas para sus actividades de lejos y cerca o solamente para trabajos de cerca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2018 se han realizado en nuestro servicio 470 cirugías de catarata.

En 12 casos se han realizado técnicas incisionales, incisiones paralelas en el eje corneal más curvo reduciendo de medida 1 dioptría el astigmatismo corneal.

Se han implantado 8 lentes monofocales tóricas SN6AT. De ellas 3 son SN6AT6 que corrigen 3.75 dioptrías de astigmatismo corneal, 2 son SN6AT8 que corrigen 5.25 dioptrías y 3 son SN6AT9 que corrigen 6 dioptrías.

Se ha obtenido una visión de lejos media sin necesidad de corrección óptica de 0.9 sobre 1. La valoración de la agudeza visual de lejos por parte de los pacientes ha sido muy positiva con un gran impacto en su calidad de vida. El 95% de los pacientes ha necesitado corrección óptica para una distancia de trabajo intermedia-cercana (para realizar actividades a 30-45 centímetros).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos mejorado en la valoración realizada previa a la cirugía tratando individualmente a cada paciente. En dicha valoración hemos tenido en cuenta todos los parámetros cuantitativos aportados por el biómetro LENSTAR.

Se han tenido en cuenta las preferencias de cada paciente ya que nos hemos dado cuenta de que personas de mayor edad prefieren seguir utilizando gafas para sus actividades cotidianas y personas más jóvenes prefieren ser independientes de las mismas.

Nuestro objetivo es lograr que nuestros pacientes tengan una buena agudeza visual de lejos y de cerca, que tengan buena calidad visual y que puedan desarrollar comodamente sus actividades cotidianas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0225

1. TÍTULO

MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Por ese motivo nuestro ejemplo a seguir son las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Oftalmología que indican considerar la cirugía de catarata como una cirugía "faco-refractiva". Pero siempre este concepto dependerá de las predilecciones de cada paciente.

7. OBSERVACIONES.

Debemos seguir trabajando en esta línea, no solamente corrigiendo el defecto refractivo y consiguiendo la emetropía para la visión lejana si no intentado mejorar la calidad visual de cerca. Por ese motivo queremos poder implantar lentes de foco extendido (como la lente TECNIS SYmfony) que permiten a los pacientes ver a todas las distancias gracias al aumento de la profundidad de enfoque. De esta forma buscamos lograr la independencia de las gafas, sobre todo en pacientes más jóvenes.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/225 ===== ***

Nº de registro: 0225

Título
MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA. CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Autores:
ALIAS ALEGRE EVA GLORIA, NAVARRO CASADO MARIA NIEVES, PASTOR ESPUIG MARIA, GARGALLO BENEDICTO AMPARO, OLATE PEREZ ALVARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La población de Teruel ha experimentado un envejecimiento gradual en las últimas décadas. En la consulta de oftalmología se atiende a un porcentaje elevado de pacientes de edad avanzada. Con el envejecimiento se producen cambios a nivel del sistema visual; entre estos cambios cabe destacar el desarrollo de cataratas y cambios en el defecto refractivo. La catarata constituye la opacificación del cristalino y ocasiona un déficit visual asociado a una peor calidad de vida de los pacientes. El astigmatismo es un defecto de refracción en el que ni por acomodación, ni modificando la distancia de los objetos, el ojo es capaz de obtener imágenes enfocadas. El paciente con catarata puede tener cualquier defecto refractivo (miopía, hipermetropía y/o astigmatismo). Su repercusión se suma ocasionando un déficit visual, posibilidad de presentar diplopía monocular, fotofobia, dificultad en situaciones escotópicas y dificultad de percibir objetos en movimiento. En la actualidad la cirugía de la catarata se define como cirugía "faco-refractiva", es decir, buscamos el resultado refractivo ideal para cada paciente. Intentamos lograr la mejor situación refractiva según sus necesidades. En la mayoría de los casos tenemos que intentar conseguir la emetropía). Contamos con diferentes potencias de lentes intraoculares para corregir la miopía e hipermetropía que pueda presentar el paciente que vamos a intervenir. La dificultad radica en la corrección del astigmatismo. Se debe instaurar un protocolo de corrección del astigmatismo del paciente durante la cirugía de catarata. En la actualidad la Sociedad Española de Oftalmología y diferentes Guías de Práctica Clínica aconsejan corregirlo dejando 0.50-0.75 dioptrías de astigmatismo en contra de la regla. Contamos con técnicas incisionales y lentes intraoculares tóricas que permiten lograr ese resultado.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora en la valoración de cada uno de los pacientes que vamos a intervenir de catarata. Estudiar en cada caso la biometría que nos aporta el biómetro Lenstar (biometría óptica que nos permite conocer la potencia de la lente intraocular que tendremos que implantar para conseguir la emetropía del paciente), la queratometría, las características de la córnea y del cristalino. Implantación del protocolo de la Sociedad Española de Oftalmología sobre el manejo del astigmatismo durante la cirugía de la catarata. Valorar en cada caso cuantitativa y cualitativamente dicho astigmatismo. En función de las características de la superficie ocular y del cristalino, y, de dicho astigmatismo decidir la corrección del mismo con medidas incisionales o con lentes intraoculares tóricas. Dejar un astigmatismo residual en contra de la regla de 0.50-0.75 dioptrías.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0225

1. TÍTULO

MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Mejora en el marcado del eje del astigmatismo previo a la cirugía para optimizar los resultados. Lograr el concepto de cirugía faco-refractiva consiguiendo el mejor resultado visual, logrando la satisfacción de cada paciente en función de sus requerimientos visuales.

MÉTODO

Dejar reflejado en la historia de cada paciente las características de la superficie ocular y del cristalino. Características que podrían modificar nuestra actuación durante la cirugía. Estudio de la queratometría (potencia del astigmatismo corneal y su eje) y biometría en la consulta al realizar la biometría con el biómetro óptico Lenstar. Manejar el software de gestión Eyesuite. Introducir la refracción previa y posterior a la cirugía de cada paciente. Valorar gracias a dicho software el efecto logrado por cada oftalmólogo sobre el defecto de refracción del paciente tras la cirugía, fundamentalmente el efecto sobre la corrección del astigmatismo al realizar una técnica incisional. Existen nomogramas orientativos que nos guían en el efecto logrado según las características de dicha técnica insional, pero cada profesional debe conocer el resultado que consigue con su trabajo. El software Eyesuite nos puede ayudar a conocer el efecto que logra cada uno de los profesionales del servicio de oftalmología. Utilizar el sistema de marcado del eje del astigmatismo en todos los pacientes. Utilizar las diferentes páginas web que permiten calcular la lente intraocular tórica que deseamos implantar en cada caso. Decidir la técnica que requiere cada caso en función de la cuantía de astigmatismo que debemos corregir. Cuando debamos corregir menos de 2.5 dioptrías de astigmatismo se elegirá una técnica insional y cuando el astigmatismo sea mayor se planteará colocar una lente introcular tórica.

INDICADORES

Nivel de satisfacción de los profesionales.
Efecto logrado por cada profesional.
Nivel de satisfacción de los pacientes.
Situación refractiva deseada tras la cirugía.

DURACIÓN

Julio-Septiembre 2017: Implantar la utilización del software Eyesuite.
Septiembre 2017-Diciembre 2018: Puesta en marcha del protocolo de la Sociedad Española de Oftalmología.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0225

1. TÍTULO

MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE EVA GLORIA ALIAS ALEGRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO CASADO MARIA NIEVES
PASTOR ESPUIG MARIA
GARGALLO BENEDICTO AMPARO
CLEMENTE TOMAS RODRIGO
BARREIRO GONZALEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha continuado con la misma dinámica de trabajo ante los pacientes incluidos para ser intervenidos de catarata. Tras ser considerados aptos tras la realización del preoperatorio, se han citado en la consulta para realizarse la biometría. Se ha protocolarizado la realización del estudio refractivo y queratométrico para conocer su defecto de refracción y curvatura corneal. Se ha realizado el estudio de la curvatura corneal con el autorrefractómetro-queratómetro disponible en la consulta y con el biómetro óptico LENSTAR. En cada paciente se ha realizado un estudio comparativo de los valores aportados por ambos.

Se ha valorado en cada caso la agudeza visual, la calidad visual y el defecto de refracción. Hemos intentado conocer las características del astigmatismo (diferenciando si se trata de un astigmatismo directo, inverso u oblicuo) y las posibles aberraciones corneales que pueda generar.

Se han tenido en cuenta los datos aportados por el biómetro LENSTAR. Los aspectos más importantes y que más nos han ayudado en cada caso son: longitud axial del ojo, espesor corneal, curvatura corneal o queratometría, profundidad de la cámara anterior, posición efectiva de la lente y espesor del cristalino. Se han considerado nuevos datos para intentar conocer la calidad visual del paciente como son el tamaño pupilar y el baricentro del iris (equivalente al ángulo Kappa).

De forma sistemática se ha calculado la potencia de la lente intraocular necesaria en cada caso para conseguir la emetropía con la fórmula Barrett. Ante características especiales se ha comparado el cálculo obtenido con otras fórmulas (por ejemplo en casos de longitudes axiales extremas o ante cámaras anteriores poco profundas). Se han tenido en cuenta los datos aportados por las diferentes fórmulas para optimizar el resultado.

La potencia se ha calculado para diferentes lentes intraoculares de tal forma que cada cirujano ha podido elegir entre las diferentes lentes disponibles en nuestro hospital (lente SN6CWS de Alcon, lente Micro+ A de Physion-MedicalMix o CTASPHINIA 409M de Zeiss).

Se han clasificado a los pacientes en tres grupos: aquellos casos con astigmatismos corneales menores a 1 dioptría y media que son candidatos a colocar una lente monofocal, los casos con un astigmatismo corneal entre 1 dioptría y media y 2 dioptrías y media que son candidatos a poder realizarse técnicas incisionales para corregirlo parcialmente, y, los pacientes con astigmatismos corneales mayores a 2 dioptrías y media que serían candidatos para una lente monofocal tórica.

Al detectar casos con astigmatismos mayores a 2 dioptrías y media se ha utilizado la página web de The ALCON® Online Toric IOL Calculator With the barrett toric algorithm. En dicha página se ha realizado el cálculo de la lente tórica necesaria utilizando la fórmula Barrett, en cada caso se introducen los datos necesarios (potencia de la lente intraocular aportada por el biómetro LENSTAR, curvatura corneal en su eje más plano y más curvo, y, el astigmatismo generado por cada cirujano según su experiencia personal). Cada oftalmólogo ha ajustado el astigmatismo que genera en la cirugía.

Se tienen en cuenta todos los aspectos que excluyen la posibilidad de realizar técnicas incisionales o la implantación de lentes intraoculares tóricas como por ejemplo leucomas o ectasias corneales, enfermedades retinianas que comprometan la agudeza visual, complicaciones intraoperatorias como roturas del saco capsular o debilidad zonular.

Se ha mejorado en el marcado del eje del astigmatismo previo a la cirugía para optimizar los resultados independientemente de la técnica elegida al utilizar el marcador corneal-péndulo y el anillo de Méndez disponibles en quirófano. Se ha instalado la aplicación Goniotrans que ayuda a tomar referencias anatómicas y al marcado del eje del astigmatismo.

Se ha intentado lograr el concepto de cirugía faco-refractiva consiguiendo el mejor resultado visual en cada caso, logrando la satisfacción de cada paciente en función de sus requerimientos visuales.

Durante toda esta actividad asistencial se ha tenido en cuenta el objetivo final que es satisfacer al paciente mejorando su agudeza visual y calidad visual (concepto al cual se le ha dado mayor importancia, "el paciente debe ver y debe ver con calidad").

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2019 se han realizado en nuestro servicio 432 cirugías de catarata. En 20 casos se han realizado técnicas incisionales, incisiones paralelas en el eje corneal más curvo reduciendo en astigmatismo corneal entre 0.75 y 1 dioptría.

Se han implantado 8 lentes monofocales tóricas SN6AT. De ellas 1 es SN6AT5 que corrige 3.00 dioptrías de astigmatismo corneal, 5 son SN6AT7 que corrigen 4.50 dioptrías y 2 son SN6AT8 que corrigen 5.25 dioptrías.

Se ha obtenido una visión media de lejos sin necesidad de corrección óptica de 0.9 sobre 1. La valoración de la agudeza visual de lejos por parte de los pacientes ha sido muy positiva con un gran impacto en su calidad de vida (valoración media de 4.5 sobre 5). La valoración

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0225

1. TÍTULO

MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

El 90% de los pacientes ha necesitado corrección óptica para una distancia de trabajo intermedia-cercana (para realizar actividades a 30-45 centímetros).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los miembros de nuestro servicio han continuado trabajando e intentando mejorar en la valoración realizada previa a la cirugía. Se han incorporado nuevos conceptos y parámetros aportados por el biómetro LENSTAR, (parámetros que ayudan a comprender y a mejorar la calidad visual del paciente). Para lograrlo, cada caso se ha tratado de forma individualizada y se han tenido en cuenta las preferencias de cada paciente (actividades de los mismos y su deseo de continuar utilizando gafas o prescindir de ellas). Nuestro objetivo es lograr que nuestros pacientes se encuentren satisfechos tras la cirugía de la catarata, que tengan una buena agudeza visual de lejos y de cerca, una buena calidad visual y que puedan desarrollar cómodamente sus actividades cotidianas. Por ese motivo siempre tenemos como referentes las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Oftalmología que indican considerar la cirugía de catarata como una cirugía "faco-refractiva". Pero siempre el resultado deseado dependerá de las predilecciones de cada caso.

7. OBSERVACIONES.

Debemos seguir trabajando en esta línea, no solamente corrigiendo el defecto refractivo y consiguiendo la emetropía. Debemos conseguir que cada paciente vea y que vea con calidad. Se debe mejorar la visión en las diferentes distancias de trabajo y su calidad. No hemos logrado implantar las lentes de foco extendido (como la lente TECNIS SYmfony) que permiten a los pacientes ver a todas las distancias gracias al aumento de la profundidad de enfoque. Nuestro deseo es poderlas ofertar a nuestros pacientes. De esta forma buscamos lograr la independencia de las gafas, sobre todo en pacientes más jóvenes.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/225 ===== ***

Nº de registro: 0225

Título
MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA. CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Autores:
ALIAS ALEGRE EVA GLORIA, NAVARRO CASADO MARIA NIEVES, PASTOR ESPUIG MARIA, GARGALLO BENEDICTO AMPARO, OLATE PEREZ ALVARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La población de Teruel ha experimentado un envejecimiento gradual en las últimas décadas. En la consulta de oftalmología se atiende a un porcentaje elevado de pacientes de edad avanzada. Con el envejecimiento se producen cambios a nivel del sistema visual; entre estos cambios cabe destacar el desarrollo de cataratas y cambios en el defecto refractivo. La catarata constituye la opacificación del cristalino y ocasiona un déficit visual asociado a una peor calidad de vida de los pacientes. El astigmatismo es un defecto de refracción en el que ni por acomodación, ni modificando la distancia de los objetos, el ojo es capaz de obtener imágenes enfocadas. El paciente con catarata puede tener cualquier defecto refractivo (miopía, hipermetropía y/o astigmatismo). Su repercusión se suma ocasionando un déficit visual, posibilidad de presentar diplopía monocular, fotofobia, dificultad en situaciones escotópicas y dificultad de percibir objetos en movimiento. En la actualidad la cirugía de la catarata se define como cirugía "faco-refractiva", es decir, buscamos el resultado refractivo ideal para cada paciente. Intentamos lograr la mejor situación refractiva según sus necesidades. En la mayoría de los casos tenemos que intentar conseguir la emetropía).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0225

1. TÍTULO

MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Contamos con diferentes potencias de lentes intraoculares para corregir la miopía e hipermetropía que pueda presentar el paciente que vamos a intervenir. La dificultad radica en la corrección del astigmatismo. Se debe instaurar un protocolo de corrección del astigmatismo del paciente durante la cirugía de catarata. En la actualidad la Sociedad Española de Oftalmología y diferentes Guías de Práctica Clínica aconsejan corregirlo dejando 0.50-0.75 dioptrías de astigmatismo en contra de la regla. Contamos con técnicas incisionales y lentes intraoculares tóricas que permiten lograr ese resultado.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora en la valoración de cada uno de los pacientes que vamos a intervenir de catarata. Estudiar en cada caso la biometría que nos aporta el biómetro Lenstar (biometría óptica que nos permite conocer la potencia de la lente intraocular que tendremos que implantar para conseguir la emetropía del paciente), la queratometría, las características de la córnea y del cristalino. Implantación del protocolo de la Sociedad Española de Oftalmología sobre el manejo del astigmatismo durante la cirugía de la catarata. Valorar en cada caso cuantitativa y cualitativamente dicho astigmatismo. En función de las características de la superficie ocular y del cristalino, y, de dicho astigmatismo decidir la corrección del mismo con medidas incisionales o con lentes intraoculares tóricas. Dejar un astigmatismo residual en contra de la regla de 0.50-0.75 dioptrías. Mejora en el marcado del eje del astigmatismo previo a la cirugía para optimizar los resultados. Lograr el concepto de cirugía faco-refractiva consiguiendo el mejor resultado visual, logrando la satisfacción de cada paciente en función de sus requerimientos visuales.

MÉTODO

Dejar reflejado en la historia de cada paciente las características de la superficie ocular y del cristalino. Características que podrían modificar nuestra actuación durante la cirugía. Estudio de la queratometría (potencia del astigmatismo corneal y su eje) y biometría en la consulta al realizar la biometría con el biómetro óptico Lenstar. Manejar el software de gestión Eyesuite. Introducir la refracción previa y posterior a la cirugía de cada paciente. Valorar gracias a dicho software el efecto logrado por cada oftalmólogo sobre el defecto de refracción del paciente tras la cirugía, fundamentalmente el efecto sobre la corrección del astigmatismo al realizar una técnica incisional. Existen nomogramas orientativos que nos guían en el efecto logrado según las características de dicha técnica insional, pero cada profesional debe conocer el resultado que consigue con su trabajo. El software Eyesuite nos puede ayudar a conocer el efecto que logra cada uno de los profesionales del servicio de oftalmología. Utilizar el sistema de marcado del eje del astigmatismo en todos los pacientes. Utilizar las diferentes páginas web que permiten calcular la lente intraocular tórica que deseamos implantar en cada caso. Decidir la técnica que requiere cada caso en función de la cuantía de astigmatismo que debemos corregir. Cuando debamos corregir menos de 2.5 dioptrías de astigmatismo se elegirá una técnica insional y cuando el astigmatismo sea mayor se planteará colocar una lente introcular tórica.

INDICADORES

Nivel de satisfacción de los profesionales.
Efecto logrado por cada profesional.
Nivel de satisfacción de los pacientes.
Situación refractiva deseada tras la cirugía.

DURACIÓN

Julio-Septiembre 2017: Implantar la utilización del software Eyesuite.
Septiembre 2017-Diciembre 2018: Puesta en marcha del protocolo de la Sociedad Española de Oftalmología.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1528

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE AMPARO GARGALLO BENEDICTO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO CASADO MARIA NIEVES
ALIAS ALEGRE EVA GLORIA
CUESTA GALLARDO ISABEL
ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO
GONZALEZ GOMEZ NICOLAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Inicio de la actividad prevista en la práctica clínica diaria de las consultas (finales de 2018). Se informa al paciente de la patología que presenta y del tipo de tratamiento-seguimiento previstos. Se realiza la anamnesis y exploración y se recogen los datos. Se entregan los cuestionarios de evaluación de la sintomatología (DEQ5 y OSDI) a los pacientes. Se prescribe tratamiento individualizado y se programa la frecuencia de seguimiento.
- Elaboración de planilla de exploración inicial y seguimiento para recogida de datos.
- Se pretende continuar con recogida de datos durante 2019, aplicándose a los pacientes con criterios diagnósticos de síndrome de ojo seco a medida que acuden a las consultas.

- Indicadores:

- 1. Subjetivos: Puntuación cuestionarios DEQ5 y OSDI.
- 2. Objetivos (para cada ojo):
- Agudeza visual (decimal)
- TBUT (segundos)
- Schirmer I (milímetros)
- Tinción (Puntuación)
- Necesidad de ascenso en escala terapéutica
- Indicación de Suero Autólogo-Hemoderivados.
- Complicaciones relacionadas con la patología/ tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Fase de recogida de datos. Se ha realizado exploración inicial sin datos todavía de los seguimientos. No se ha realizado evaluación de resultados (Prevista para realizar al año del inicio; finales de 2019).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se trata de un proyecto que ayuda en el abordaje diagnóstico-terapéutico de los pacientes con ojo seco, que supone un motivo de consulta frecuente en las consultas de oftalmología y es causa de comorbilidad en otras patologías oftalmológicas. La aplicación del protocolo implica consumo de mayor tiempo de consulta y requiere colaboración y comprensión por parte del paciente.

Ayuda en la confirmación y diagnóstico diferencial de otras patologías (otras patologías de superficie, epífora relacionada con obstrucción de la vía lagrimal...)

7. OBSERVACIONES.

Se valorará la posibilidad de completar el abordaje diagnóstico mediante citología de impresión, medida de la osmolaridad de la película lagrimal y/o técnicas de diagnóstico más sofisticadas en los casos más severos, así como la posibilidad de utilizar otros derivados hematopoyéticos en casos severos con compromiso visual / ocular. (Endoret ®), cuya efectividad ha sido demostrada y constituyen opciones de tratamiento consolidadas en esta patología, no disponibles en nuestro centro en la actualidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1528 ===== ***

Nº de registro: 1528

Título

MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO

Autores:

GARGALLO BENEDICTO AMPARO, NAVARRO CASADO MARIA NIEVES, ALIAS ALEGRE EVA GLORIA, CUESTA GALLARDO ISABEL,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1528

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO

ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO, GONZALEZ GOMEZ NICOLAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El concepto y manejo del síndrome de ojo seco ha evolucionado notablemente en los últimos 20 años. Con el objetivo de unificar y llegar a un consenso global de los múltiples aspectos del síndrome de ojo seco (SOS) con un enfoque basado en la evidencia, se ha elaborado en el 2017 el informe TFOS-DEWS II (Tear Film and Ocular Surface Society - Dry Eye Workshop), según el cual el ojo seco es una enfermedad multifactorial de la superficie ocular que se caracteriza por pérdida de la homeostasis de la película lagrimal y que se acompaña de síntomas oculares; en su etiología juegan un papel principal la inestabilidad de la película lagrimal, la hiperosmolaridad, la inflamación y daño de la superficie ocular y las alteraciones neurosensoriales.

La sintomatología asociada a la enfermedad de ojo seco es uno de los motivos más frecuentes que conduce a los pacientes a solicitar atención oftalmológica. Se trata de una patología muy común en la población, con curso crónico que puede ser origen de frustración médica y del paciente, morbilidad visual y puede comprometer los resultados de la cirugía de catarata, corneal y refractiva.

El informe DEWS II propone un tratamiento escalonado e individualizado del SOS, en función de la severidad. Se establecen 4 niveles de tratamiento, comenzando por el nivel 1, avanzando al siguiente escalón una vez agotadas las posibilidades terapéuticas de cada nivel.

En el escalón 3, se incluye el uso de derivados hemáticos, entre los que se encuentra el colirio de suero autólogo, el plasma rico en plaquetas, suero alogénico y de cordón umbilical. En nuestro servicio, hemos contemplado la creciente cantidad de pacientes con enfermedad de ojo seco que reciben tratamiento con colirio de suero autólogo, elaborado y procesado en nuestro hospital por el servicio de Hematología. Sin embargo el riesgo de infección, unido a la necesidad de venopunciones frecuentes obliga a restringir su uso a casos severos o refractarios a otros tratamientos

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un protocolo de diagnóstico del Síndrome de Ojo seco, de acuerdo a las actualizaciones del informe DEWS II
- Identificación de las causas locales y sistémicas del SOS.
- Optimización e individualización de las pautas de tratamiento, siguiendo el tratamiento escalonado propuesto en el DEWS II
- Revisar y homogeneizar las indicaciones de tratamiento con lágrimas de suero autólogo y limitar su uso a los casos severos refractarios a otros tratamientos y así disminuir los riesgos potenciales y la sobrecarga de trabajo en el servicio de Hematología.
- Educación y mejoría de la adherencia al tratamiento en pacientes con SOS.
- Prevenir el empeoramiento de la sintomatología y los hallazgos clínicos relacionados con la enfermedad.

MÉTODO

- Identificación y reclutamiento de pacientes en las consultas y urgencias oftalmológicas: Triage inicial con los cuestionarios de evaluación de síntomas DEQ-5 y/o OSDI®
- Estudio de los factores de riesgo relacionados con la enfermedad
- Exploración y test diagnósticos del SOS: clasificación del subtipo de enfermedad
- Informar al paciente sobre su enfermedad, sintomatología asociada y estilo de vida saludable.
- Inicio del tratamiento escalonado.
- Evaluación de resultados según los indicadores establecidos.

INDICADORES

- Seguimiento de los pacientes para evaluar la respuesta y el ajuste del tratamiento. El intervalo de las revisiones dependerá de la severidad del cuadro, del enfoque terapéutico y de la respuesta al mismo (servicio de Oftalmología)
- Se realizara una evaluación de la repuesta al tratamiento (servicio de Oftalmología):
 - o Subjetiva: Puntuación obtenida en los cuestionarios DEQ5 y OSDI® antes y después de los cambios terapéuticos.
 - o Objetiva: Agudeza visual y exploración oftalmológica de los signos asociados a la enfermedad.
- Número de pacientes con indicación de tratamiento con colirio de suero autólogo durante el periodo establecido del proyecto. (Comparación con el registro del número de pacientes a los que se les ha elaborado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1528

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO

colirio de suero autólogo en el Servicio de Hematología en periodos de la misma duración anteriores) (Servicio de Hematología)

- Registro de las posibles complicaciones relacionadas con la extracción o la aplicación del suero autólogo. (Ambos servicios)

DURACIÓN

Inicio del proyecto en el curso 2018 e implantación en la práctica clínica diaria en el manejo del paciente con ojo seco en la consulta de oftalmología. Se evaluarán los resultados según los indicadores previstos de manera individualizada en el día a día de las consultas. Se realizará una evaluación conjunta de los resultados al año del inicio.

OBSERVACIONES

Se selecciona como población diana todas las edades, si bien la población fundamentalmente afecta es la de la edad adulta y anciana.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0009

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE ANA ISABEL FERRER PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERRERO VICENT CARMEN
CIRUJEDA CIRUJEDA ALICIA
CASTELLOTE GARCIA MARIA JESUS
RILOVA FERNANDEZ ISABEL
GODED GARCIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para iniciar el proceso de autogestión de las citas por parte de Oncología hubo que cambiar las codificaciones de acceso a las agendas. Esto se realizó con el Servicio de Citaciones y el de Informática. Se modificaron las contraseñas de acceso para que desde la rampa de citaciones no se pudiera acceder al sistema y fuera sólo el personal de Oncología el que tuviera clave de acceso para las citas. Simultáneamente, el Servicio de Informática realizó una sesión formativa a la auxiliar de nuestra consulta para el aprendizaje del manejo del programa informático. A partir de este momento, desde la rampa de citaciones y a través de los comités de tumores se fue informando a los profesionales sanitarios de que tendrían que remitir a los pacientes a nuestras consultas para citarse. Por cuestiones legales, desde Atención Primaria pueden citar en nuestras agendas. Para intentar controlar en todo momento las agendas, se ha procurado establecer contacto con todos los centros de Salud del Sector. Actualmente hemos conseguido que, previo a citar desde Atención Primaria, se nos contacte telefónicamente para comentar el caso de forma individualizada y de esta forma ajustar la fecha de la cita a lo que precisa el paciente. En los últimos 6 meses no se nos ha citado desde Primaria ningún paciente sin avisar previamente. Para los pacientes remitidos desde otros especialistas del hospital, se ha consolidado el siguiente circuito. El especialista nos remite al paciente con un p10. La mayor parte de las veces en el momento de solicitar cita, un oncólogo revisa la historia clínica del paciente y se le cita en función de la necesidad clínica. En algunas ocasiones, según la presión asistencial del momento, se le toma nota del teléfono y se le avisa telefónicamente de la cita al final de la mañana. Respecto a las citaciones de las revisiones, se coordinó con el Servicio de Radiología la siguiente manera de realizar las pruebas complementarias:
-Oncología solicita las pruebas radiológicas (principalmente TAC) con la mayor antelación posible. En el volante de solicitud se hace constar la fecha ideal de realización de la prueba y/o fecha de siguiente revisión.
-Radiología se compromete a respetar lo máximo posible dichas fechas.
-Oncología se compromete a citar a los pacientes para resultado en un tiempo NO superior a 10 días desde la realización de la prueba.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el 2017, ningún paciente ha sufrido demora en la primera visita ni ha habido retrasos para recibir tratamiento QT. Entre enero y mayo/2017 se realizó encuesta de satisfacción a pacientes que habían acudido a nuestra consulta en la época de citaciones en la rampa y también en esta nueva etapa, para que pudieran comparar entre los dos sistemas. Los resultados de la encuesta han sido los siguientes:
Pregunta: ¿Está satisfecho con recibir la citación en la misma consulta?
Si: 95%
No: 2%
indiferente: 2%
n/s-N/c: 1%
Pregunta: ¿cómo valora el sistema de autocitación en la consulta?
Mejor que el anterior: 95%
Peor: 1%
Igual: 3%
n/s-Nc: 1%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tal y como se refleja en las gráficas, los pacientes están claramente satisfechos con este sistema. Por lo que lo hemos incluido en nuestra práctica del día a día.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/9 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0009

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION

Nº de registro: 0009

Título
MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION

Autores:
FERRER PEREZ ANA ISABEL, HERRERO VICENT CARMEN, CIRUJEDA CIRUJEDA ALICIA, CASTELLOTE GARCIA MARIA JESUS, RILOVA FERNANDEZ ISABEL, GODED GARCIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....: Mejoría en la autogestión. Satisfacción del paciente

PROBLEMA

La actividad desarrollada en Consultas Externas de Oncología y Hospital de día se incrementa de forma progresiva cada año. Cada vez se consumen más recursos y se atienden a casos más complejos de forma ambulatoria. En un entorno marcado por la creciente ambulatorización de procesos, las consultas externas cobran una relevancia cada vez mayor. Necesitamos mejorar el funcionamiento de las consultas externas. En los pacientes oncológicos es fundamental que no haya retrasos en el inicio del tratamiento, por lo que no es tolerable la demora en la asistencia. Por otra parte, también son importantes los tiempos de espera entre unos tratamientos oncológicos y otros. Por ello, es muy importante valorar individualmente las necesidades de atención de cada paciente. Esta valoración tiene que ser desde el punto de vista clínico. Pensamos que el sistema de citaciones actual que cita a los pacientes según criterios administrativos es claramente mejorable. Para adecuar la fecha de la primera visita a oncología médica hay que tener cuenta diferentes factores clínicos.:
-diagnóstico y estadiaje del tumor
-que existan opciones de tratamiento activo
-presencia de síntomas
-fecha de intervención quirúrgica y/o alta de hospitalización.

Por las características poblacionales de nuestro sector sanitario (población añosa y núcleos de población dispersa) pensamos que también es importante tener en cuenta
-edad y situación funcional del paciente
-distancia al centro hospitalario.

Desde nuestras consultas hemos empezado a autogestionar las citaciones. Tras un diagnóstico oncológico, el especialista nos deriva al paciente. El oncólogo médico realiza una revisión de la historia clínica electrónica y datos demográficos del paciente y propone la fecha óptima de visita para ese paciente. Posteriormente la auxiliar de enfermería de la consulta lo cita en la agenda.

Para las sucesivas visitas, al finalizar la consulta el paciente es citado directamente según la indicación médica. Esto evita esperas en la rampa de citaciones y otras molestias al paciente. Si se solicitan pruebas complementarias, es el equipo de enfermería el que colabora en las citaciones para que no haya demora en las pruebas.

Pensamos que de esta forma facilitamos un rápido y más eficiente acceso a nuestras consultas y tratamientos, disminuyendo las listas de espera y evitando duplicidades en la consulta.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la gestión de las agendas de oncología médica:
-Evitar lista de espera en las primeras visitas de oncología médica.
-Adecuar las citaciones a las necesidades clínicas individuales de los pacientes
-Evitar esperas y otras molestias para los pacientes en la rampa de citaciones.
-Fomentamos la comunicación con atención primaria, ya que aconsejamos nos contacten telefónicamente para valoración de la historia clínica del paciente previa citación.
-Evitar duplicidad de citas
-Disminuir el índice primeras/sucesivas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0009

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION

-Mejorar la canalización de los pacientes a otras Unidades.

MÉTODO

1º Tras cada reunión de los comités de tumores, los pacientes que se hayan planteado remitir a las consultas de oncología médica, se les citará en la fecha óptima que precisen, sin necesidad de que el paciente u otro especialista lo derive por escrito.

2º Se promoverá en los centros de Salud la conveniencia de contactar con nuestro Servicio antes de realizar una citación.

3º Se hará constar por escrito en la solicitud de las pruebas complementarias la fecha de la próxima visita a Oncología para facilitar a su vez, la realización de dichas pruebas en un plazo adecuado.

INDICADORES

- a) lista de espera en consultas externas de Oncología Médica
- b) encuesta de satisfacción de los pacientes

DURACIÓN

Desde Octubre/16 el oncólogo responsable de cada comité de tumores se encargará de la citación de primera visita.

Desde enero/2017 hasta mayo/2017 se realizará la encuesta de satisfacción a los pacientes que acudan a revisión.

En junio/2017 se realizará la evaluación de la encuesta. Si en esta encuesta se supera el 70% de pacientes satisfechos con este método, se continuará con el sistema de autogestión de las citas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0276

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO MEDIANTE REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ANA ISABEL FERRER PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAÑELLAS MARTORELL JAIME

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
revisión, discusión y redacción del nuevo CI por parte de los facultativos. Diseño de la encuesta de satisfacción. Entrega del nuevo CI a los pacientes. Realización de encuestas de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivo de satisfacción del paciente cumplido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Un CI con explicaciones claras facilita el asesoramiento clínico y satisface a los pacietnes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/276 ===== ***

Nº de registro: 0276

Título
OPTIMIZACION DE LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO MEDIANTE REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autores:
FERRER PEREZ ANA ISABEL, CAÑELLAS MARTORELL JAIME, GIMENO PELEGRIN JOAQUIN, CASTELLOTE GARCIA MARIA JESUS, RILOVA FERNANDEZ ISABEL, CIRUJEDA CIRUJEDA ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El consentimiento informado que utilizamos para los pacientes oncológicos que van a iniciar tratamiento activo en nuestra Unidad es el mismo desde hace unos 13 años. En los últimos años, el arsenal terapéutico en oncología ha aumentado sustancialmente, con la aparición de fármacos con mecanismos de acción y toxicidades muy diferentes a la quimioterapia clásica.
En la consulta de Primer día de Oncología se informa detalladamente al paciente de las características del tratamiento farmacológico que se les va administrar y de los efectos secundarios que puede producir. Sin embargo, el consentimiento informado actual muchas veces no refleja las toxicidades reales. Además, en ocasiones, el paciente no es capaz de retener toda esta información y puede quedarse con dudas que le generan más inseguridad y ansiedad.
Proponemos redactar un nuevo consentimiento informado que refleje bien la información y riesgos de las medicaciones actuales.
Se propone también, entregar una copia del CI al paciente para que la lea detenidamente en casa y que en sucesivas visitas pueda formular las preguntas que considere oportunas. Todo ello con la intención de mejorar la información ofrecida a los pacientes y mejorar la relación oncólogo-paciente.
La revisión y redacción del nuevo CI se hará basándose en las últimas recomendaciones de nuestra Sociedad Científica para la redacción de los CI.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0276

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO MEDIANTE REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad de la atención al paciente en la Consulta de Primer día de Oncología. Esta consulta suele ser muy difícil para el paciente. Lo normal es que se encuentre muy nervioso y a veces no sea capaz de retener toda la información que se le da: diagnóstico, pronóstico, tratamiento, plan a seguir...

Nuestro objetivo es facilitar al paciente este primer contacto con nuestro Servicio dando una información sencilla por escrito de los efectos secundarios de los fármacos que va a recibir. El fin es que salga de la Consulta con la seguridad de que se lleva un documento informativo que puede leer con más tranquilidad en otro momento.

Con esto se intenta evitar también que el paciente tenga que recurrir:

- A otras fuentes menos fiables (otros pacientes, familiares, profesionales no cualificados, internet...)
- A las compañeras de enfermería del Hospital de Día donde no suelen haber ni tiempo suficiente, ni se puede dar la información con la confidencialidad deseable en estos casos.

- De nuevo a la consulta de Oncología para consultar asuntos sobre la toxicidad de los fármacos que no les han quedado claros.

Al tiempo que se mejora la atención al paciente se disminuirán las consultas innecesarias en el Hospital de Día y en la Consulta de Oncología Médica.

MÉTODO

La revisión y redacción del nuevo CI se hará basándose en las últimas recomendaciones de nuestra Sociedad Científica para la redacción de los CI.

Esta información escrita la entregará el oncólogo al paciente en la Consulta de Primer día. El paciente firmará una copia que se incluirá en la Historia Clínica y se le ofrecerá otra copia para que lea detenidamente con posterioridad y consulte sus dudas en las siguientes visitas.

En la Segunda visita se dará al paciente una breve encuesta de satisfacción que cumplimentará y entregará ese día.

INDICADORES

- a) N° de Documentos informativos entregados /N° de Primeras visitas en Oncología que precisan tto activo
- b) N° de Encuestas de satisfacción realizadas /N° de Segundas visitas

El Oncólogo responsable del paciente será el encargado de registrar los documentos entregados en su consulta y de recoger las encuestas de satisfacción de los pacientes. El responsable de su análisis será el coordinador de este proyecto.

Evaluación positiva se entenderá por a) >85% y b) > 70 %

DURACIÓN

De diciembre/2017 a marzo/2018: revisión, discusión y redacción del nuevo CI por parte de los facultativos.

Abril/2018: se diseñará la encuesta de satisfacción para el paciente.

Mayo/2018 hasta septiembre/2018: entrega de nuevo CI a cada paciente y de encuestas de satisfacción.

Septiembre/2018 hasta diciembre/2018: recogida de encuestas y análisis de datos.

Si la encuesta de satisfacción supera el 70% se consolidará el CI como estándar en nuestra práctica clínica habitual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0177

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE ANA ISABEL FERRER PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COMIN NOVELLA LAURA
IBAÑEZ CARRERAS REYES
FONT GOMEZ JOSE ANTONIO
PARDO SUS ALIDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se definió el papel de cada uno de los Servicios implicados en la aplicación de la Radioterapia Intraoperatoria (RIO), tanto del Obispo Polanco como del Miguel Servet. Se coordinó la actuación de todos y se plasmó en un protocolo consensuado que está disponible en la intranet del hospital. En el Comité de tumores mamarios del Obispo Polanco se seleccionaban las pacientes candidatas a recibir RIO y se iniciaba el protocolo de actuación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el mes de febrero de 2019 en que se inició este sistema de trabajo y se tuvo la máquina de RIO disponible, hasta diciembre de 2019 se seleccionaron 22 pacientes candidatas a recibir la técnica. De ellas 21, finalmente la recibieron. No hubo problemas sustanciales en la coordinación ni retrasos significativos en los tiempos de cirugía. Teniendo todo esto en cuenta, se puede decir que hemos cumplido los objetivos marcados en el proyecto: 1) poner en marcha la técnica de la RIO, 2) Cumplir con el indicador previsto (pacientes que reciben RIO/pacientes que se indica RIO en el comité=21/22)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Lo más destacable de este proyecto de mejora ha sido la excelente coordinación y disposición de todos los servicios implicados y de todo su personal. Los resultados alcanzados nos confirman que la coordinación entre diferentes hospitales, estamentos y servicios es posible y muy recomendable para mejorar la calidad de la asistencia, sobre todo de los Hospitales más pequeños.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/177 ===== ***

Nº de registro: 0177

Título
IMPLANTACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
FERRER PEREZ ANA ISABEL, COMIN NOVELLA LAURA, IBAÑEZ CARRERAS REYES, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO, PARDO SUS ALIDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer. El buen funcionamiento del Programa de Cribado en la provincia de Teruel, con una adherencia al programa superior a la media española, contribuye a la detección de un porcentaje importante de tumores en fases iniciales, estadios I y II.
Se ha demostrado que los pacientes que pertenecen a regiones que no permiten un acceso inmediato a la radioterapia presentan un uso menor de este tratamiento y peores cifras de supervivencia en comparación con los pacientes de áreas metropolitanas. Mediante la descentralización de la radioterapia se puede garantizar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0177

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

la accesibilidad a los pacientes, manteniendo la calidad y la eficiencia. La finalidad es permitir el acceso al tratamiento en las mismas condiciones y garantías de calidad y seguridad a los pacientes que residan en poblaciones alejadas del hospital de referencia para la Radioterapia. La radioterapia intraoperatoria (RIO) es una técnica que permite la administración durante la intervención quirúrgica del cáncer de mama de una única dosis de radiación ionizante directamente sobre el tumor en la cavidad con el objetivo de mejorar el control local de la enfermedad y disminuir la toxicidad por menor irradiación de tejidos sanos. Este tratamiento es una dosis única que evita el tradicional tratamiento radioterápico postoperatorio en el hospital de referencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es demostrar que la aplicación de RIO en el Hospital Obispo Polanco es factible y útil para nuestra población.

MÉTODO

coordinar la actuación de todos los servicios implicados para poder realizar RIO en la cirugía conservadora de cáncer de mama en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

INDICADORES

Puesta en marcha del proceso.

Pacientes que reciben RIO/pacientes que se indica RIO desde el Comité de Tumores

DURACIÓN

A partir del 26 de febrero se realizará la cirugía mamaria con RIO en los pacientes que sean indicadas por el Comité de tumores de mama. Desde el comité se organizará la actuación de cada uno de los Servicios implicados, siguiendo un protocolo de actuación redactado en el 2018. En el primer trimestre de 2020, se medirán los indicadores propuestos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1731

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MEDICO

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE GIOVANNY PATRICIO HEREDIA LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAHOZ ZAMARRO MARIA TERESA
SANCHEZ VALENZUELA OSCAR ALEJANDRO
BETANCES REINOSO FRANK ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizo un estudio cuasiexperimental donde se incluyeron de manera no aleatoria todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados de Insuficiencia respiratoria nasal secundaria hipertrofia de cornetes sin respuesta a tratamiento medico incluidos en la lista de espera quirúrgica para radiofrecuencia de cornetes en consultas externas de ORL del Hospital General de Teruel entre octubre 2017 a diciembre 2017.

Los criterios de exclusión fueron la presencia de alguna otra patología que indirectamente cause un síndrome obstructivo nasal, como puede ser poliposis nasosinusal, tumores de la mucosa nasal, rinosinusitis, perforación septal, hipertrofia adenoamigdalas. Por otro lado también se excluyeron pacientes con antecedente de septoplastia o turbinoplastia previa.

El estudio cumplió con todos los requisitos del comité de ética del hospital General de Teruel, todos los pacientes firmaron un consentimiento permitiendo su inclusión dentro del estudio.

Para medir el grado de sintomatología utilizamos dos herramientas ampliamente validadas y utilizadas en la practica clinica, la escala de Evaluación de la Sintomatología de Obstrucción Nasal (NOSE) y una escala visual analógica que valoraba de manera independiente cada fosa nasal, ambas escalas fueron rellenas por los pacientes antes de la intervención y durante la primera revisión luego del procedimiento.

Procedimiento quirúrgico :

El procedimiento se realizo bajo anestesia general, inicialmente ambos fosas nasales fueron taponadas con lentinas empapadas de anestésico con vasoconstrictor, luego ambos cornetes fueron infiltrados con 3 ml de lidocaina al 1 %

La energía de radiofrecuencia fue suministrada por un generador (Quantum Molecular Resonance Generator; Telea Electronic Engineering, Italia) usando una pieza de mano para turbinoplastia que comprende un electrodo bipolar de aguja larga con una parte activa y aislada. La porción activa del electrodo se insertó en el plano de la submucosa, y la energía se administró en tres sitios diferentes de cada cornete (los tercios anterior, medio y posterior de cada cornete). La energía entregada por inserción fue de 400 J.

Luego del procedimiento a todos los pacientes se le coloco un taponamiento anterior con merocel de 8 cm.

El análisis estadístico se realizo con el programa JASP (Version 0.8.5.1) desarrollado por la Universidad de Amsterdam, Holanda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En total 7 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión parases reclutados en nuestro estudios, en cuanto al sexo el 57.1 % correspondió al femenino y el 42.9 % al masculino, con un rango de 29 a 58 años con una media de 42 años y una desviación estándar de 14 años. Se realizo un análisis individual de cada fosa previo y luego de la cirugía mediante una escala visual analógica, en total analizamos 14 fosas nasales antes y después de la cirugía. Los valores medios previo a la cirugía fueron de 8 puntos y luego de la cirugía de 2 puntos.

La Escala NOSE previa a la cirugía tuvo una media de 15 puntos y en la visita control la media fue de 7 puntos, realizamos un T de student para datos apareados con un resultado mayor de 7 con una P < 00.1, demostrando que los datos son estadísticamente significativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La radiofrecuencia en nuestro centro hospitalario ha demostrado ser una técnica segura y eficiente para el control de la rinitis hipertrofica incluso en pacientes con alteraciones anatómicas que comprometían la integridad de la fosa nasal.

A pesar de nuestras limitaciones (una muestra pequeña y la ausencia de un grupo control), consideramos que la radiofrecuencia es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de la hipertrofia de cornetes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1731

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MEDICO

inferiores.

Es necesario realizar mas estudios sobre todo con seguimiento a la largo plazo para poder valorar si los resultados se mantienen a través del tiempo.

7. OBSERVACIONES.

Es necesario realizar un estudio comparando los resultados de los test subjetivos utilizados con una prueba objetiva como es la rinomanometria.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1731 ===== ***

Nº de registro: 1731

Título
ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MEDICO

Autores:
LAHOZ ZAMARRO MARIA TERESA, HEREDIA LOPEZ GIOVANNY-PATRICIO, SANCHEZ VALENZUELA OSCAR-ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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
La insuficiencia respiratoria nasal es un problema muy frecuente en salud pública que limita la calidad de vida de muchos pacientes, esta puede ser debida a problemas obstructivos de tipo mecánico o funcional, tales como el tabique desviado, pólipos nasales o la hipertrofia de cornetes inferiores.
La hipertrofia de cornetes inferiores es una de las causas más comunes, para la cual el tratamiento inicial es la administración de corticoides tópicos y antihistaminicos, con mejoría sintomática en muchos pacientes; sin embargo existe un grupo de pacientes que no responden al tratamiento médico y que requieren un manejo quirúrgico.
Dentro de las técnicas quirúrgicas existen: la radiofrecuencia de cornetes inferiores bajo anestesia local o con sedación/ a. general, turbinectomía parcial o submucosa endoscópica, neurectomía del nervio vidiano.
El coste-beneficio que ha demostrado la radiofrecuencia a corto-mediano plazo es hoy en día una de las técnicas más utilizada, por la facilidad y rapidez con el que se realiza el procedimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
El presente estudio considera la utilidad de realizar una prueba subjetiva para medir y comparar los resultados pre y postquirúrgicos en pacientes sometidos a cirugía de radiofrecuencia por hipertrofia de cornetes refractario al tratamiento médico de elección.

MÉTODO
Se aplicara un cuestionario que mide la calidad de vida asociada a la insuficiencia respiratoria nasal (NOSE) en todos la pacientes que sean incluidos en lista de espera para radiofrecuencia de cornetes inferiores; y se repetirá el cuestionario después del procedimiento. Y se comparará los resultados en el tratamiento propuesto a corto y mediano plazo

INDICADORES
Se obtendrá una base de datos de cada uno de los pacientes para estudios posteriores en los que se espera medir la respuesta terapéutica con una prueba objetiva como es una rinomanometria antes y después de la cirugía, para comprobar de manera objetiva la mejoría de la patología.
1.- % de pacientes que recibieron radiofrecuencia con una mejoría en la escala NOSE
2.- % de pacientes que recibieron radiofrecuencia con una mejoría >50% en escala NOSE
3.- % de pacientes que recibieron tratamiento con corticoides con mejoría en escala NOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1731

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MEDICO

4.- % de pacientes que recibieron tratamiento con corticoides con una mejoría > 50% en escala NOSE.

DURACIÓN

Desde Octubre de 2017 a 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 - 2018/0360

1. TÍTULO

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL

Fecha de entrada: 17/01/2019

2. RESPONSABLE FRANK ALBERTO BETANCES REINOSO

· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZAMARRO LAHOZ TERESA
HEREDIA LOPEZ GIOVANNY PATRICIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Estudio descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron 385 niños de entre 6 y 12 años matriculados en el colegio público Ensanche de Teruel.

El tamaño de muestra se basó en la estimación de una proporción. Se estimó que la prevalencia de la disfonía infantil oscila, según bibliografía, desde el 6 % hasta el 25% 1,2,3. Con un nivel de confianza del 95 % y tomando una precisión entre el 3 % y el 5%, serían necesario incluir entre 241 y 289 niños en nuestro estudio; suponiendo una tasa de pérdidas del 10 %, la muestra necesaria se estimó entre 265 y 318 niños. Finalmente se obtuvo una muestra de 200, siendo la precisión según la prevalencia estimada del 3,3 y 6% que se consideró aceptable. Los cálculos se realizaron con Epidat 3.1.

Nuestros criterios de inclusión fueron: Niños; en edad escolar; de Teruel; matriculados en el colegio Ensanche. Como criterios de exclusión utilizamos: edad menor de 6 años y mayores de 12 años; enfermedades congénitas que afectaran al buen desarrollo anatómico de la laringe y finalmente trastornos metabólicos.

El estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital General de Teruel. Los padres fueron informados mediante una hoja informativa adjunta a las encuestas acerca de los objetivos del estudio y de la garantía de anonimato de la encuesta.

Para identificar los niños con algún trastorno de la voz utilizamos el índice de discapacidad vocal pediátrico validado por Lorena Sanz y cols 7 (Figura 1) al cual agregamos edad, sexo, asistencia a clases de canto, si participaba en actividades deportivas y cuantas horas a la semana, alergias, asma y finalmente una escala visual analógica donde los progenitores identificaban cuánto hablaba el niño, siendo el mínimo poco hablador y el máximo muy hablador.

Los resultados fueron analizados con JASP Team (2018). JASP (Version 0.8.5.1), Ámsterdam, Holanda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Inicialmente reclutamos 385 niños para nuestro estudio. De éstos, 235 aceptaron colaborar, de los cuales 200 niños cumplieron los criterios de inclusión. 103 fueron de sexo femenino lo que representó un 51,5 % y 97 masculinos lo que supuso un 48,5 %. El rango de edad fue de 7 a 12 años; el 50,5 % se encontraba entre los 10 a 11 años (Tabla 1 y 2).

En nuestro estudio, el 57 % de los padres identificaron alteraciones de la voz en sus hijos (114 niños), de los cuales 17 puntuaron en rango patológico (24 ± 11) lo que representó el 8,5 % del total.

Comparando de manera independiente cada uno de los valores, en el caso de la escala visual, la puntuación media fue de 5,4 con una desviación estándar de 1,2. El rango de P-VHI fue de 0 a 43 con una media de 3,9 y una desviación estándar de 6,3 (Tabla 3).

Se realizó un test de correlación de Pearson para valorar la correlación entre la escala visual y los resultados del P-VHI, con un resultado $R = 0,276$ con una $P < 0,001$, con lo cual se demuestra que existe una débil asociación negativa entre ambos resultados.

Al analizar el sexo y las puntuaciones del P-VHI encontramos que las puntuaciones fueron superiores en el sexo masculino (Figura 2).

22 niños asistían a clase de canto lo que representaba el 11 % del total, pero al comparar las puntuaciones del P-VHI con las obtenidas en los que no asistían a clases de canto detectamos una menor puntuación en estos últimos.

El 19 % de los niños (38 niños) indicaron padecer de alergias, y al comparar sus puntuaciones del P-VHI con los que respondieron negativamente, encontramos una puntuación media de 5,9 con una desviación estándar de 8,6 (Tabla 4).

Finalmente, el 86 % los niños practicaban deporte para un total de 166; estos pacientes presentaron una puntuación media del P-VHI de 4,0 (Tabla 5).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Detectamos trastornos de la voz en un 57 % de los niños evaluados y de estos el 8,5 % obtuvo puntuaciones dentro del rango patológico por lo que es necesario una valoración por el otorrinolaringólogo para descartar patologías orgánicas que puedan comprometer la voz del niño a largo plazo.

Por la relativa rapidez y facilidad con la cual los padres rellenaban el cuestionario del índice de discapacidad vocal pediátrico recomendamos su uso e inclusión en los protocolos estándar para la evaluación de la voz en la población pediátrica.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0360

1. TÍTULO

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL

El sexo masculino aparentemente es un factor de riesgo para la disfonía infantil, posiblemente ligado al comportamiento más impulsivo y agresivo de los niños. Finalmente, es posible que las clases de canto y el deporte sean favorecedores de una buena higiene vocal y por ende factores protectores, pero consideramos que es necesario realizar más estudios para poder confirmar dichas asociaciones.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/360 ===== ***

Nº de registro: 0360

Título
PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL

Autores:
BETANCES REINOSO FRANK ALBERTO, ZAMARRO LAHOZ TERESA, HEREDIA LOPEZ PATRICIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Trastornos de la voz
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La disfonía durante la edad escolar incapacita al niño, repercutiendo negativamente en el desarrollo de habilidades sociales y dicha incapacidad puede condicionar un estado retraimiento que afecte el rendimiento escolar del niño, no existe datos epidemiológicos en la literatura indexada sobre la prevalencia de disfonía infantil en España.

Los trastornos de la voz en los niños son relativamente frecuentes, pero desconocemos su prevalencia en la población infantil local, y mismo tiempo desconocemos que factores podrían estar relacionados con el desarrollo de dicho trastornos.

Por lo que consideramos de extrema necesidad determinar su prevalencia para poder poner en marcha programas o proyectos de prevención y detección en el ámbito sanitario y educativo que nos permitan evitar e intervenir precozmente la aparición de estas dificultades que tanto pueden repercutir en el niño en determinadas etapas de su desarrollo.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal :

Determinar la prevalencia de trastornos de la voz en la población infantil del colegio publico Ensanche de Teruel

Objetivos secundarios:

Determinar factores de riesgo asociados la disfonía.
Determinar incidencia por sexos.
Determinar incidencia por edad.
Determinar si las clases de canto tienen un efecto protector.
Determinar si el deporte tiene algún efecto sobre la prevalencia.
Determinar si las alergias tienen alguna correlación.
Determinar si existe asociación al asma.

MÉTODO
Luego de obtener los resultados de prevalencia, procederemos a poner en marcha una serie de programas de concienciación, donde incluiremos tanto a los profesores como a los padres. Organizaremos una reunión con servicio de rehabilitación en conjunto con la logopeda para generar estrategias orientadas a la población infantil de Teruel. Cuando inicie el año escolar el servicio de ORL de Teruel en conjunto con rehabilitación realizara una charla para explicar a los niños el correcto uso de la voz.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0360

1. TÍTULO

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL

INDICADORES

Para identificar los niños con algún trastorno de la voz utilizaremos el índice de discapacidad vocal pediátrico validado por Lorena Sanz Y cols al cual agregaremos edad, sexo, asistencia a clases de canto, si participa en actividades deportivas y cuantas horas a la semana, alergias, asma y finalmente una escala visual analógica donde los progenitoras identificaban cuanto habla el niño siendo el mínimo poco hablando y el máximo muy hablador.

La versión en español del cuestionario de discapacidad vocal pediátrico P-VHI fue validada en el año 2015 demostrando una muy buena consistencia interna.

El P-VHI es una prueba confiable para la detección de la disfonía que es rellenado por los familiares y que nos brinda una idea global de la afectación. Se caracteriza por su fácil aplicación en la práctica clínica diaria y nos proporciona información adicional para comprender mejor cómo los niños perciben la disfonía.

Los resultados serán analizados con el programa informático JASP Team (2018). JASP (Version 0.8.5.1), Ámsterdam, Holanda.

Criterios de inclusión:

Niños en edad escolar de Teruel matriculados en el colegio ensanche

Criterios de exclusión:

Edad menor de 6 años y mayores de 12 años, enfermedades congénitas que afecten el buen desarrollo anatómico de la laringe y finalmente trastornos metabólicos.

DURACIÓN

Tenemos previsto finalizar el proyecto a finales de mayo 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0102

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE VENTILACION NO INVASIVA PEDIATRICA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR SANZ DE MIGUEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALANCA ARIAS DANIEL
MADURGA REVILLA PAULA
GARCIA INIGUEZ JUAN PABLO
ESTABEN BOLDOVA VICTORIA
MINCHOLE LAPUENTE ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó un curso piloto en Zaragoza de VNI con residentes de pediatría el pasado mes de octubre al que acudimos también personal de aquí de Teruel, para intentar adaptarlo a nuestro hospital. En colaboración con los Servicios de UCI-P y Neumología de Zaragoza hemos elaborado el programa, los exámenes de evaluación y las encuestas de satisfacción del curso del H. Obispo Polanco y hemos realizado la solicitud para la acreditación del curso de VNI. El curso de formación teórico practico se ha realizado durante el mes de febrero de 2014 (17-18-19 Febrero de 2014), durante 12h lectivas. Realizándose los test de evaluación pre- y post curso y la encuesta de satisfacción. Tras la realización del curso se llevaron a cabo las gestiones adecuadas (suministros, servicios técnicos,...) para conseguir el material necesario (humidificador, cánulas nasales pediátricas, tubuladuras, conexiones,...) para comenzar con el empleo de la ventilación no invasiva en nuestro Hospital. Material con el que actualmente ya contamos en nuestro Servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1) Realización del Curso: Se realizó dentro del programa de formación continuada del Hospital, en las fechas 17-19 de febrero de 2014, con gran éxito de asistencia y evaluación por parte de los participantes. Finalmente se aceptaron a 31 personas, más residentes de medicina de Familia (que vinieron como oyentes). Consiguiéndose además la acreditación del curso por el sistema de Formación continuada de profesionales sanitarios con 2,5 créditos.
2) Porcentaje de asistentes que aprueban la evaluación final. Se considero como aprobados aquellos que contestaron acertadamente al menos al 80% de las preguntas. Así se evaluó con un test de 10 preguntas al inicio del curso que se repitió al finalizar el curso evaluándose tanto la mejoría como la superación del 80% del mismo (que fue del 100% de los que completaron el curso porque 2 personas no asistieron en su totalidad).
3) Protocolo elaborado y enviado al resto de sectores: Empleamos el protocolo de actuación del Hospital de referencia del Hospital Miguel Servet de Zaragoza (pendiente de aprobación por la Unidad de Calidad Asistencial).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha objetivado una mejora evidente en el conocimiento y en el manejo de la ventilación no invasiva en pediatría, aspecto muy importante en un Hospital comarcal en el que con frecuencia se puede necesitar su uso principalmente de cara a un traslado, dada la lejanía del Hospital de referencia. Se encuentra pendiente de realización el registro de cumplimiento de los casos que se envíen desde Teruel, dado que desde que conseguimos el material adecuado no ha habido ningún caso subsidiario del empleo de ventilación no invasiva (la epidemia de cuadros respiratorios disminuye sustancialmente en verano, principalmente por disminución del VRS).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2013/102 ===== ***

Nº de Registro: 0102

Título
PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE VENTILACION NO INVASIVA PEDIATRICA

Autores:
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR, DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO, ALIAGA MAZAS YOLANDA, PALANCA ARIAS DANIEL, MADURGA REVILLA PAULA, GARCIA INIGUEZ JUAN PABLO, MINCHOLE LAPUENTE ELISA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0102

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE VENTILACION NO INVASIVA PEDIATRICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

PROBLEMA

La Ventilación no invasiva (VNI) se ha posicionado en los últimos años, como un arma terapéutica de probada eficacia en la población pediátrica y neonatal, tanto en pacientes agudos como crónicos, con una clara disminución de los efectos secundarios ocasionados por técnicas más invasivas, como la ventilación mecánica convencional. En la actualidad, se está intentando instaurar la VNI como una herramienta más para estabilizar al paciente a una unidad de cuidados intensivos pediátricos, dado que se trata de una técnica sencilla, con menor morbilidad (menor riesgo de barotrauma, menor incidencia de neumonía nosocomial, evita la intubación), permite la alimentación del paciente y su expresión verbal.

La baja casuística de patología respiratoria grave en el Servicio de Pediatría y Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel hace muy difícil que los profesionales mantengan actualizados sus conocimientos y las habilidades de manejo de estas situaciones. Sin embargo los pacientes tienen derecho a recibir un nivel de asistencia de la máxima calidad.

La única forma de asegurar un nivel asistencial excelente para estas situaciones es realizar cursos-talleres prácticos con los profesionales (Pediatras, Médicos de Urgencias, 061, enfermeras y anestesiastas) tutorizados por profesionales (pediatras intensivistas de UCI Pediátrica y UCI Neonatal) de los hospitales de nivel IV.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

- Entrenar al personal implicado en la asistencia del paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria moderada (Pediatras, Médicos de urgencias, 061, anestesiastas, enfermeras) en el empleo de la VNI para optimizar al máximo la asistencia.
- Mejorar las condiciones de traslado de los pacientes pediátricos con fracaso respiratorio tipo II (predomina la hipoventilación) como paso previo o alternativa a la intubación y ventilación mecánica convencional.
- Disminuir las posibles complicaciones derivadas del uso de técnicas de ventilación asistida, optimizando al máximo los recursos de VNI pediátrica con los que ya contamos.
- Crear un protocolo de asistencia y empleo de VNI en pacientes pediátricos para su empleo en las Urgencias pediátricas hasta su traslado a UCIP, bajo la dirección de expertos de Unidades de Cuidados Intensivos pediátricos.
- Desarrollar una experiencia piloto que se pueda realizar en todos los hospitales comarcales de Aragón con Servicio de Pediatría

MÉTODO

- Desarrollo de un curso teórico de iniciación a la ventilación no invasiva pediátrica con talleres prácticos a través de simulaciones de casos reales, empleándolos como toma de contacto del personal con los dispositivos.
- En estos talleres se utilizará material de VNI pediátrica con los que ya contamos en el Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel: Diferentes interfases pediátricas (Helmet, mascarillas bucales..) adaptables a los respiradores con los que también contamos BIPAP vision y Oxilog 3000plus o la CPAP de Boussigaq con tubuladuras pediátricas. También contaremos con material de simulación de emergencias que recuerdan al máximo los casos reales con maniqués pediátricos.
- Se ha contactado con los profesionales de la UCI Pediátrica de nuestro Hospital de referencia que han aceptado colaborar, así como los diferentes Servicios implicados en la atención de este tipo de pacientes, pediatras, enfermeras, médicos de urgencias, anestesiastas y 061.
- A continuación del curso crear, en conjunto con todos los servicios implicados, un protocolo de asistencia y empleo de VNI en pacientes pediátricos para su empleo en las Urgencias pediátricas para su traslado a UCIP.

INDICADORES

- Numero de pacientes trasladados con VNI/ número total de pacientes trasladados por fracaso respiratorio
- Valoración del estado en que acceden a los Hospitales de referencia los niños graves que han sido trasladados con VNI desde el Hospital Obispo Polanco.

DURACIÓN

- Se realizará anualmente un curso teórico-practico de VNI, impartido por los pediatras intensivistas del hospital de referencia.
- Dicho curso se realizará inicialmente a un grupo reducido de unas 25 personas (Pediatras, Médicos de familia, enfermeras, 061 y anestesiastas) con una duración aproximada de unas 8h.

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 - 2014/0116

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR SANZ DE MIGUEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA TORRALGA LORENA
MARTIN RUIZ NURIA
ESTABEN BOLDOVA VICTORIA
ALPUENTE ZORRAQUINO ISABEL
MADURGA REVILLA PAULA
PALANCA ARIAS DANIEL
GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HA REALIZADO EL CURSO DE FORMACIÓN DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DURANTE LOS DÍAS 2,3 Y 4 DE MARZO DE 2015 EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, DENTRO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SALUD, ACTIVIDAD ACREDITADA CON 2,6 CRÉDITOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA (ADJUNTO COPIA DE LA ACREDITACIÓN DEL CURSO).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

DICHA ACTIVIDAD SE REALIZÓ CON UN 100% DE INSCRIPCIONES, ES DECIR 20 PERSONAS, QUE ERA EL MÁXIMO DE PERSONAS ADMITIDAS. FINALMENTE LA ASISTENCIA COMPLETA AL CURSO (POR GUARDIAS, TURNOS,...) FUE DEL 75%. EL PERSONAL QUE ASISTIÓ AL CURSO FUE EN UN 65% ENFERMERAS (70% DE LA PLANTA DE PEDIATRÍA Y 30% DE URGENCIAS) Y EL 35% MÉDICOS (75% DE URGENCIAS Y 25% PEDIATRAS). AUNQUE LA ASISTENCIA REAL CONTÓ CON MÁS PEDIATRAS, PERO DADO QUE SE ENCONTRABAN DENTRO DEL GRUPO DOCENTE DEL CURSO NO FUERON CONTABILIZADOS COMO ASISTENTES AL MISMO, AL IGUAL QUE RESIDENTES DE MEDICO DE FAMILIA DE ESTE HOSPITAL QUE ASISTIERON COMO OYENTES. CON LO CUAL LA PARTICIPACIÓN AL CURSO FUE MUY POSITIVA.

RESPECTO A LA EVALUACIÓN DE LOS ASISTENTES, EL 100% DE LOS MISMOS SUPERARON EL TEST FINAL DEL CURSO CON MÁS DEL 70% DE RESPUESTAS ACERTADAS, MEJORANDO EN TODOS LOS CASOS SU RESULTADO EN EL TEST INICIAL A LAS CHARLAS.

LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS ASISTENTES SOBRE 10 TUVO LOS SIGUIENTES RESULTADOS

- INFORMACIÓN PREVIA AL CURSO 8.42
- CONDICIONES DE LA SALA 8.92
- DURACIÓN DEL CURSO 9.07
- CONTENIDO DE LAS PRESENTACIONES 9.21
- UTILIDAD PARA LA PRÁCTICA DIARIA 9,14
- RECOMENDACIÓN DE ESTE CURSO A OTROS COMPAÑEROS 9.28
- CONSIDERACIÓN GLOBAL DEL CURSO 9.35

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

ACTUALMENTE SE ESTA EMPEZANDO A PONER EN MARCHA EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA Y URGENCIAS, EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS Y SEDACIÓN, CON RESULTADOS MUY ESPERANZADORES. SE HA LOGRADO REALIZAR EL DRENAJE DE UN ABSCESO PREAURICULAR POR PARTE DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA EN LA PLANTA SIN NECESIDAD DE IR A QUIRÓFANO POR LA COLABORACIÓN DE LA PLANTA,... Y ESTO ES SÓLO EL COMIENZO DADO QUE ESTAMOS EMPEZANDO LA REDACCIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2014/116 ===== ***

Nº de Registro: 0116

Título
MEJORA EN EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Autores:
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR, GRACIA TORRALBA LORENA, MARTIN RUIZ NURIA, ESTABEN BOLDOVA VICTORIA, ALPUENTE ZORRAQUINO ISABEL, MADURGA REVILLA PAULA, PALANCA ARIAS DANIEL, GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0116

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

PROBLEMA

Uno de los aspectos más descuidados en el tratamiento de los niños en los Servicios de Urgencias Pediátricas es la utilización de analgesia y/o sedación. Hace años se tenía la idea de que la inmadurez del SNC del neonato y del lactante es equivalente a una ausencia o disminución de la percepción dolorosa y se ha comprobado con diferentes estudios que no sólo sienten el mismo dolor que los adultos sino que son más vulnerables. A esto hemos de añadir el mito existente de que aunque sabemos que tienen dolor su tratamiento se cree que comporta excesivos riesgos por lo que se debería desistir en ello. Actualmente se sigue infratratando el dolor, debido a una valoración inadecuada, desconocimiento del arsenal farmacológico y miedo a los efectos secundarios.

El desarrollo de nuevos productos farmacológicos y la introducción de nuevas modalidades de monitorización han permitido a los pediatras disponer de múltiples opciones más seguras y eficaces.

La Sociedad Española de Urgencias Pediátricas propone como criterios para medir la calidad de la atención prestada dos indicadores que tienen en cuenta el manejo del dolor y la ansiedad asociado a los procedimientos que se realizan en Urgencias.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

Actividad de mejora pendiente de inicio. No se dispone de datos en el momento de la propuesta de plan de mejora de calidad

RESULTADOS ESPERADOS

- Crear un protocolo de sedoanalgesia de empleo en pacientes pediátricos, englobando diferentes situaciones concretas, procedimientos no dolorosos (TAC, eco), procedimientos dolorosos (PL, reducción de fracturas, suturas, cura de heridas,...) y sedación en el paciente agitado.
- Instaurar el empleo de nuevos métodos de administración farmacológica mínimamente invasivos, como los dispositivos intranasales para el Midazolam y Fentanilo, dirigido a evitar la canalización de accesos venosos prescindibles y a la minimización de la ansiedad asociada a diferentes técnicas.
- Aumentar la cartera de Servicios Prestados del Hospital Obispo Polanco, evitando la derivación de pacientes por imposibilidad de realizar pruebas complementarias por falta de colaboración del paciente, formando correctamente al personal implicado en la asistencia pediátrica.

MÉTODO

- Desarrollo de un curso teórico/práctico de sedoanalgesia en pediatría, dirigido a los diferentes Servicios implicados en la atención de este tipo de pacientes, pediatras, enfermeras, médicos de urgencias y anestesiólogos.
- Emplear diferentes escalas de valoración del dolor (escala observacional para <3 años y escala analógica para >3 años).
- Unificación de criterios y actuaciones en la aplicación de la sedación y analgesia adecuadas en los pacientes pediátricos, para lo cual crear un protocolo de sedoanalgesia consensuado con los diferentes servicios implicados.

INDICADORES

- Evaluación de los asistentes al curso tipo test pre-realización y post-realización del curso teórico-práctico.
- Evaluación de la satisfacción de los asistentes tras la finalización del mismo.
- Creación e implantación del protocolo de actuación en urgencias de pediatría, que indique los siguientes datos:

Indicación ante situaciones agudas dolorosas o que impliquen ansiedad.

Monitorización clínica de la efectividad de la sedación o analgesia mediante diferentes escalas pediátricas (escala Ramsay y Eva, respectivamente).

Monitorización del paciente durante dichos procedimientos

Dosis y vías de administración de la medicación

DURACIÓN

- Se realizará inicialmente un curso teórico-práctico de sedoanalgesia en pediatría,
- Dicho curso se realizará inicialmente a un grupo reducido de unas 25 personas (Pediatras, Anestesiólogos, Médicos de familia y enfermeras) con una duración aproximada de unas 12h, solicitando acreditación.

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 - 2016/0531

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE SILVIA BENITO COSTEY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN RUIZ NURIA
ALIJARDE LORENTE ROBERTO
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ
MUÑOZ ALBILLOS MARIA SOL
MARTIN CALAMA VALERO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde enero de 2017 se ha introducido un algoritmo de actuación en recién nacidos con riesgo de infección perinatal en el Hospital Obispo Polanco de Teruel, con el objetivo de disminuir el número de recién nacidos a los que se realiza extracciones analíticas, sin aumentar el riesgo de infecciones perinatales no diagnosticadas precozmente, para así mejorar la calidad de la practica clínica en los recién nacidos con riesgo de infección perinatal.

Dicho algoritmo detallado es el siguiente:

- Recién nacido sintomático. Con independencia de la colonización materna por estreptococos del grupo B (EGB) y de la administración de antibioterapia intraparto:
 - Ingreso del recién nacido
 - Evaluación diagnóstica completa al nacimiento: hemograma, proteína C reactiva (PCR), hemocultivo, punción lumbar y radiografía de tórax (si clínica respiratoria),
 - Tratamiento antibiótico empírico.

- Recién nacido asintomático y madre con sospecha de corioamnionitis. Con independencia de la colonización materna por EGB y de la administración de antibioterapia intraparto:
 - Ingreso del recién nacido
 - Evaluación diagnóstica parcial al nacimiento: hemograma, PCR, hemocultivo.
 - Valorar tratamiento antibiótico empírico.

- Recién nacido asintomático e indicación de profilaxis antibiótica materna:
 - Madre correctamente tratada y cualquier edad gestacional:
 - Vigilancia clínica durante 48 horas.

 - Madre no tratada o incorrectamente tratada:
 - Recién nacido = 37 semanas de gestación y < 18 horas de bolsa rota:
 - Vigilancia clínica durante 48 horas.

 - Recién nacido < 37 semanas de gestación y/o = 18 horas de bolsa rota:
 - Evaluación diagnóstica parcial a las 12 horas de vida: hemograma, PCR y hemocultivo
 - Vigilancia clínica durante 48 horas.

- Recién nacido asintomático y ausencia de indicación de profilaxis antibiótica materna.
 - Cuidados de rutina habituales en el recién nacido.

Para seguir de forma adecuada este algoritmo debemos conocer ciertos aspectos relacionados con la indicación de profilaxis materna, el fármaco de elección para la profilaxis, la sintomatología sugestiva de infección en un recién nacido y el tratamiento antibiótico empírico y la duración del mismo.

Indicaciones de profilaxis antibiótica materna intraparto:

- Hijo previo con enfermedad invasiva por estreptococos del grupo B (EGB), con independencia de la colonización actual.
- Bacteriuria por EGB en el embarazo en curso, con independencia del tratamiento realizado y de la colonización actual.
- Cultivo positivo para EGB durante el embarazo en curso, excepto en caso de cesárea programada sin trabajo de parto y con membranas íntegras.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0531

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

- Cultivo para EGB desconocido y cualquiera de los siguientes factores de riesgo:
 - Parto pretermino: < 37.
 - HBR = 18 horas.
 - Fiebre intraparto = 38°C.

Profilaxis antibiótica materna intraparto:

Profilaxis de elección:

- Penicilina G intravenosa, dosis inicial de 5 millones U y dosis posteriores de 2.5 - 3 millones U cada 4 horas hasta la finalización del parto.

Profilaxis alternativa:

- Ampicilina intravenosa, dosis inicial de 2g y dosis posteriores de 1g cada 4 horas hasta la finalización del parto.

Si existe alergia a betalactámicos:

- Si no existe riesgo de anafilaxia se puede administrar cefazolina, dosis inicial de 2 g y dosis posteriores de 1g cada 8 horas hasta la finalización del parto.
- Si existe elevado riesgo de anafilaxia se puede valorar clindamicina 900 mg cada 8 horas ó vancomicina, 1 g cada 12 horas. Su administración no se considera tratamiento completo intraparto.

Se considera que la profilaxis ha sido incompleta:

- Si la madre ha recibido una sola dosis de antibiótico menos de 4 horas antes del parto.
- Si la madre ha recibido varias dosis pero la última más de 4 horas antes del parto.
- Tratamiento antibiotico con vancomicina, clindamicina o eritromicina.

Sintomatología sugestiva de infección en el recién nacido:

- Respiratoria: taquipnea, tiraje, quejido, apneas...
- Hemodinámica: cianosis, palidez, hipotensión, taquicardia, bradicardia, mala perfusión periférica...
- Gastrointestinal: rechazo tomas, vómitos, distensión abdominal, hepatomegalia,
- Disregulación de temperatura: hipotermia, hipertermia.
- Hematológica: ictericia, petequias, equimosis...
- Neurológica: hipotonía, irritabilidad, letargia, convulsiones...

Tratamiento antibiótico:

Como tratamiento antibiótico empírico se utiliza la combinación de ampicilina y un aminoglucósido (gentamicina) que tiene actividad sinérgica contra los gérmenes más frecuentemente implicados las infecciones perinatales (EGB, Listeria monocytogenes, Escherichia coli, enterococcus faecalis...). Si se sospecha meningitis se iniciará tratamiento de forma empírica con ampicilina y cefotaxima. Una vez se obtiene el resultado del hemocultivo el tratamiento antibiótico se orienta de forma específica al microorganismo causante de la infección y el antibiograma.

La duración del tratamiento antibiótico no debe ser inferior a 10 días en una sepsis por grampositivos y de 14 días para infección por gramnegativos o listeria. La duración en meningitis por EGB no complicadas o listeria debe ser de 14 días y para meningitis por gramnegativos de 3 semanas. Al considerar la duración de la terapia en un recién nacido con hemocultivo negativo, la decisión debe incluir la evolución clínica y los factores de riesgo, teniendo en cuenta que el rendimiento del hemocultivo es lo suficientemente limitado como para determinar la finalización de antibioterapia en un paciente con criterios clínicos o analíticos de infección probable. La terapia antimicrobiana debe interrumpirse a las 48 horas en situaciones clínicas en las que la probabilidad de sepsis es baja.

Diagnóstico definitivo:

El diagnóstico definitivo al que se puede llegar en un recién nacido con factores de riesgo de infección perinatal es uno de los siguientes:

- Ausencia de infección. Si existe ausencia de sintomatología y analítica no compatible con infección.
- Infección probable. Si existe sintomatología sugestiva de infección ó alteración analítica compatible.
- Infección cierta. Si existencia infección probable y hemocultivo positivo.

A lo largo del año 2017 se ha realizado un registro de los recién nacidos en el Hospital Obispo Polanco a los que se realiza extracción de PCR en un periodo de tiempo desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017, incluyendo las variables: edad gestacional, sexo, peso al nacimiento, tipo de parto, test de Apgar, sintomatología, factores de riesgo de infección, indicación de profilaxis antibiótica intraparto y tratamiento materno. Se recoge el motivo por el que se decide la extracción analítica, el resultado de la misma, otras pruebas diagnósticas, el tratamiento con antibióticos y el diagnóstico definitivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0531

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

Siguiendo el algoritmo descrito en el apartado anterior en el año 2017 se ha realizado extracción de analítica de sangre por riesgo infeccioso a 52 recién nacidos en el Hospital Obispo Polanco, que supone el 11% del total de recién nacidos vivos en 2017 teniendo en cuenta el número de recién nacidos vivos en 2017 que fue de 468. En el año previo a la aplicación del algoritmo se realizó extracción de analítica por riesgo infeccioso a un 20% de los recién nacidos (415 recién nacidos vivos y 83 recién nacidos sometidos a extracción analítica por riesgo infeccioso), por lo que la instauración del presente algoritmo de actuación en recién nacidos con riesgo de infección perinatal en el Hospital Obispo Polanco de Teruel ha supuesto una disminución a casi la mitad del número de recién nacidos a los que se realiza extracción analítica por riesgo infeccioso. Esta disminución en las extracciones analíticas no ha supuesto un problema o retraso en el diagnóstico de infección perinatal en recién nacidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se puede concluir que la adecuación del número de extracciones analíticas a los recién nacidos con riesgo de infección perinatal en el Hospital Obispo Polanco ha mejorado la calidad en el manejo de los mismos debido a una disminución en la frecuencia de venopunciones eliminando el dolor que experimenta un recién nacido con la extracción analítica y la dificultad que entraña la técnica en sí misma.

Se reserva, de esta forma, la extracción analítica para los casos con factores de riesgo de infección perinatal estandarizados sin que este cambio de algoritmo haya supuesto una problemática en el diagnóstico adecuado de sepsis vertical ni un aumento de las complicaciones derivadas de la misma.

Se recomienda por tanto, el cambio de protocolo de actuación en recién nacidos con riesgo de infección perinatal en el Hospital Obispo Polanco de Teruel, siguiendo el algoritmo descrito en el apartado previo, ya que ha supuesto una mejora en la calidad asistencial a los recién nacidos con factores de riesgo de infección en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/531 ===== ***

Nº de registro: 0531

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

Autores:
BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA, GRACIA TORRALBA LORENA, CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA, ALIJARDE LORENTE ROBERTO, MARTIN CALAMA VALERO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

El diagnóstico precoz de sepsis neonatal es un reto permanente de la pediatría. A la gran variabilidad y mínima especificidad de la sintomatología clínica se le añade la carencia de pruebas diagnósticas óptimas que puedan influir en la decisión de iniciar o no tratamiento antibiótico ante una sospecha de infección.

Ante la dificultad del diagnóstico temprano y la gravedad que supone una sepsis neonatal, es habitual la instauración empírica de antibioterapia, que conduce a menudo a tratamiento de neonatos sin infección, lo que alarga la estancia hospitalaria, incrementa el consumo de recursos y favorece las resistencias microbianas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0531

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

Como consecuencia del uso de antibióticos intraparto, la incidencia de sepsis por estreptococos del grupo B (EGB) ha disminuido. La colonización materna intraparto por EGB es el principal factor de riesgo, pero existe una serie de factores obstétricos que lo aumentan: prematuridad (< 37 semanas), rotura prolongada de membranas = 18 horas, fiebre intraparto, corioamnionitis, bacteriuria por EGB durante el embarazo o hijo previo infectado por EGB. Sin embargo en más de la mitad de las infecciones neonatales por EGB no hay factores de riesgo.

En el servicio de Pediatría del Hospital Obispo Polanco se realiza extracción analítica para PCR en aproximadamente un 20% de los recién nacidos ingresados en el servicio de maternidad. Los resultados obtenidos de PCR se encuentran dentro de la normalidad en aproximadamente la mitad de las ocasiones, por lo que no se lleva a cabo ninguna prueba diagnóstica adicional ni medida terapéutica. Aproximadamente en un 6% de los recién nacidos existe una elevación de PCR importante o sintomatología asociada que supone el inicio inmediato de antibioterapia intravenosa ante la posibilidad de que se trate de una sepsis. En el resto de los casos, la PCR se encuentra en límites de la normalidad, por lo que se realizan extracciones de PCR seriadas para comprobar la evolución de la misma, descendiendo la misma en aproximadamente un 40%.

Se pretende llevar a cabo un proyecto de calidad con el objetivo de adecuar nuestra práctica clínica a las nuevas recomendaciones de actuación en caso de recién nacidos con factores de riesgo del infección perinatal e intentar reducir, si es posible, teniendo en cuenta nuestra experiencia junto con la bibliografía, el número de extracciones analíticas realizadas en nuestro medio.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es realizar un estudio observacional de recién nacidos en el Hospital Obispo Polanco a los que se realiza extracción de PCR por riesgo de infección perinatal, mediante recogida de datos clínicos y analíticos en un periodo de tiempo determinado.

Se incluyen variables como edad gestacional, sexo, peso al nacimiento, tipo de parto, test de Apgar, sintomatología, factores de riesgo de infección, indicación de profilaxis antibiótica intraparto y tratamiento materno.

Se pretende que los resultados obtenidos sirvan para elaborar un protocolo de actuación individualizado para mejorar la práctica clínica y adecuar el número de analíticas en recién nacidos.

MÉTODO

Realizar un registro de recién nacidos del Hospital Obispo Polanco a los que se realiza extracción de PCR en un periodo de tiempo, incluyendo las variables descritas. Se recogerá también el motivo por el que se decide la extracción analítica, el resultado de la misma, otras pruebas diagnósticas, el tratamiento con antibióticos y el diagnóstico final.

Los responsables de realizar el registro explicado previamente serán los miembros del Servicio de Pediatría del Hospital Obispo Polanco designados para ello.

INDICADORES

Registrar de forma continuada los datos de los recién nacidos a los que se realiza extracción de PCR por riesgo de infección perinatal. Dejar reflejados con precisión los factores de riesgo de infección perinatal: Colonización materna por EGB, corioamnionitis, fiebre materna intraparto mayor o igual a 38°C, rotura prolongada de membranas = 18 horas, prematuridad (<37 semanas), bacteriuria por EGB durante el embarazo, hijo previo con sepsis por EGB; y el uso de antibióticos intraparto. Registrar de forma adecuada la sintomatología y las constantes vitales de dichos recién nacidos.

Una vez elaborado el protocolo de actuación en recién nacidos con riesgo de infección perinatal en el servicio de maternidad del Hospital Obispo Polanco de Teruel se realizará un nuevo estudio observacional, con las mismas características que el previo, para monitorizar las mejoras en la práctica clínica y el descenso de extracciones analíticas y del empleo de antibióticos en recién nacidos.

DURACIÓN

El proyecto se iniciará cuando se notifique la aceptación del mismo.

Se extraerán los datos de los recién nacidos ingresados en el Hospital Obispo Polanco al los que se les ha realizado análisis de PCR en un periodo de tiempo.

Una vez extraídos los datos clínicos y analíticos se elaborará un protocolo de actuación en recién nacidos con riesgo de infección perinatal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0531

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

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 - 2016/0980

1. TÍTULO

REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE NURIA MARTIN RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITO COSTEY SILVIA
MARTIN-CALAMA VALERO JESUS
HERRERO SANZ CRISTINA
TREGON MARTIN PILAR
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL
ALIJARDE LORENTE ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas por orden cronológico son las siguientes:

- Se realizó una exposición del proyecto en la reunión de la Comisión de Perinatología del Hospital Obispo Polanco, que aceptó por unanimidad dicho proyecto de mejora.
- Se solicitó aprobación del CEICA (comité Ético de Investigación Clínica de Aragón) para realización del mismo.
- Se redactó una hoja informativa para los padres y para los profesionales (matronas, enfermeras) colaboradores.
- Se realizó presentación audiovisual informativa a padres, que se expone en la consulta de prenatal, realizada por los pediatras del servicio.
- Se han recogido los datos de los pacientes, previa información y firma de consentimiento informado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha recogido más de 100 pacientes voluntarios para la recogida de la información requerida. Falta una mínima cantidad de pacientes para finalizar la fase de recogida de datos. Los datos provisionales tras alcanzar más del 50% de los pacientes necesarios para el estudio, parece demostrarse que se podrá restringir las determinaciones de glucemia en el recién nacido a término que se realizaban en años previos (no así en el recién nacido prematuro tardío). Se ha redactado un protocolo provisional en el que se acota la indicación de screening de hipoglucemia, y se dan recomendaciones de prevención de la misma (piel con piel, succión no nutritiva) que estará disponible para los profesionales implicados en la asistencia de los recién nacidos en las primeras horas como para las familias (con lenguaje adaptado).

Los datos preliminares han sido compartidos en comisión de perinatal, que regula las actividades conjuntas pediatras y obstétricas, quedando a la espera de los datos definitivos (que se podrán obtener en el segundo semestre de 2018)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aceptación del proyecto ha sido unánime, en aras de mejorar la asistencia neonatal y humanizar la estancia hospitalaria de madres y recién nacidos. Los resultados son prometedores en aras de protocolizar la asistencia neonatal precoz y minimizar la variabilidad de la práctica clínica. A finales de 2018 se iniciará la puesta en marcha del nuevo protocolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/980 ===== ***

Nº de registro: 0980

Título
REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
MARTIN RUIZ NURIA, MARTIN-CALAMA VALERO JESUS, BENITO COSTEY SILVIA, GRACIA TORRALBA LORENA, HERRERO SANZ MARIA CRISTINA, ESTEBAN CASTELLO MARIA TERESA, COTE SAEZ BEGOÑA, DOMINGO CASINO MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0980

1. TÍTULO

REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Tipo Patología : Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica . : Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos . :

Otro tipo Objetivos:

Enfoque : Prevención/Detección precoz

Otro Enfoque : Mejora de la atención neonatal.

PROBLEMA

La incidencia de hipoglucemia en el periodo neonatal es mayor que a otras edades pediátricas, especialmente en los recién nacidos prematuros o pequeños para edad gestacional.

No todos los autores están de acuerdo en los niveles de seguridad de la glucemia para conseguir que no haya repercusiones a nivel cerebral, hay autores que consideran que para todos los grupos de edad el límite inferior aceptable es de 45 mg/dl (2,6 mmol/L), aunque estudios más recientes disminuyen los niveles de glucemia a niveles inferiores.

Un hecho conocido es que la repercusión clínica de la hipoglucemia va a depender de la edad gestacional, de la edad cronológica y de otros factores de riesgo asociado. Respecto a estos últimos, es la diabetes gestacional, la prematuridad y el bajo peso para la edad gestacional las causas donde existe más unanimidad en la monitorización de niveles de glucemia, pero se describen otros eventos de riesgo de hipoglucemia (como el estrés fetal durante el parto, ausencia de control gestacional, entre otras) en las que el manejo es más variable según unidades neonatales.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es encontrar, si existen diferencias en los valores de glucemia capilar entre los recién nacidos normales y los considerados de riesgo, los pacientes que se benefician del despistaje rutinario de niveles de glucosa, en aras de evitar maniobras innecesarias en estos recién nacidos. Porcentaje de recién nacidos que precisan de suplementación con leche artificial.

MÉTODO

- Realizar screening de glucemias capilares tras obtener el consentimiento informado de los padres (entregado en la consulta de prenatal semanas antes).
- Realizar estudio estadístico de los resultados para observar diferencias significativas entre el grupo de RN normales y de riesgo.
- Enfocar los cuidados primando el bienestar del RN y velar por sus derechos.
- Interferir lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina facilitando la aparición del vínculo madre-hijo.
- No separar al RN de su madre.
- Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
- Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma.
- Crear un protocolo de actuación ante hipoglucemia neonatal precoz.

INDICADORES

- VARIABLES recogidas: edad paterna y materna, patología gestacional, resultado de cultivo vagino-rectal y serologías maternas, tipo de parto y horas de amniorraxis y de parto. Semanas de edad gestacional, peso, longitud, perímetro cefálico y torácico, resultado del test de Apgar, temperatura ótica en paritorio, minutos transcurridos hasta que el recién nacido es colocado piel con piel e inicio de succión. Nivel de glucosa capilar a las 2, 4 y 8 horas. Presencia o no de síntomas asociados a la hipoglucemia y descripción de los mismos. Actuación realizada ante la hipoglucemia y tiempo hasta la normalización de la misma.
- Creación e implantación del protocolo de despistaje de hipoglucemia neonatal precoz y actuación ante la misma.

DURACIÓN

Se iniciará el estudio tras la obtención la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón y se recogerán datos durante un periodo de tiempo de unos 6 meses, necesarios para obtener resultados estadísticamente significativos.

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 - 2016/0980

1. TÍTULO

REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE NURIA MARTIN RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CALAMA VALERO JESUS
HERRERO SANZ CRISTINA
ESTEBAN CASTELLO MARIA TERESA
COTE SAEZ BEGOÑA
REUS ANTON CARMEN
FERNANDEZ VILLADO DOLORES
BENITO COSTEY SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
· Realización de proyecto de investigación y aprobación del mismo por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón.
· Entrega de consentimientos informados en la consulta Prenatal.
· Realización de screening en pacientes a término y prematuros tardíos cuyos representantes legales dieron su consentimiento (207 pacientes); se interfirió lo menos posible en la adaptación extrauterina de los recién nacidos, realizando dichas determinaciones junto a su madre/padre y con medidas antiálgicas (succión al pecho).
· Realización de estudio estadístico, valorando los factores de mayor riesgo de hipoglucemia y valorando el grupo de recién nacidos más vulnerable a hipoglucemias.
· Realización de protocolo unificado de despistaje de hipoglucemia del recién nacido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
· Se observó que la mayoría de los pacientes estudiados presentan una curva de glucemia descendente en las primeras 4 horas de vida, que se recupera en las siguientes 4-8 horas de vida.
· Más del 80% de recién nacidos a término que presentaron hipoglucemia, fue leve (> 32 mg/dl), asintomática y no precisó de fluidoterapia ni ingreso hospitalario para su recuperación.
· La succión al pecho y permanecer "piel con piel" con sus padres son factores protectores.
· El despistaje de rutina que se realizaba en los neonatos nacidos por cesárea electiva mostró que no presentan hipoglucemia significativamente más frecuente que los nacidos por parto eutócico.
· Los recién nacidos con patología aguda (distrés, sepsis, etc.), los nacidos con signos intraparto de RPBF y los prematuros tardíos son los más susceptibles de hipoglucemia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
· La hipoglucemia neonatal es frecuente, pero generalmente leve y transitoria.
· La succión al pecho frecuente y permanecer "piel con piel" son factores protectores, por lo que se recomienda activamente en todos los nacimientos por parto eutócico o por cesárea.
· Se ha realizado nuevo protocolo de actuación, que minimiza la variabilidad en la práctica clínica y mejora la calidad asistencial.
· Se han minimizado los costes asistenciales, al reducir la población diana del screening de hipoglucemia.
· Se ha realizado un proyecto en el que han colaborado matronas, enfermeras, TCAE, pediatras y obstetras, potenciando la comunicación entre los profesionales y abriendo nuevas posibilidades de colaboración en nuevos proyectos de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/980 ===== ***

Nº de registro: 0980

Título
REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
MARTIN RUIZ NURIA, MARTIN-CALAMA VALERO JESUS, BENITO COSTEY SILVIA, GRACIA TORRALBA LORENA, HERRERO SANZ MARIA CRISTINA, ESTEBAN CASTELLO MARIA TERESA, COTE SAEZ BEGOÑA, DOMINGO CASINO MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0980

1. TÍTULO

REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....: Mejora de la atención neonatal.

PROBLEMA

La incidencia de hipoglucemia en el periodo neonatal es mayor que a otras edades pediátricas, especialmente en los recién nacidos prematuros o pequeños para edad gestacional. No todos los autores están de acuerdo en los niveles de seguridad de la glucemia para conseguir que no haya repercusiones a nivel cerebral, hay autores que consideran que para todos los grupos de edad el límite inferior aceptable es de 45 mg/dl (2,6 mmol/L), aunque estudios más recientes disminuyen los niveles de glucemia a niveles inferiores. Un hecho conocido es que la repercusión clínica de la hipoglucemia va a depender de la edad gestacional, de la edad cronológica y de otros factores de riesgo asociado. Respecto a estos últimos, es la diabetes gestacional, la prematuridad y el bajo peso para la edad gestacional las causas donde existe más unanimidad en la monitorización de niveles de glucemia, pero se describen otros eventos de riesgo de hipoglucemia (como el estrés fetal durante el parto, ausencia de control gestacional, entre otras) en las que el manejo es más variable según unidades neonatales.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es encontrar, si existen diferencias en los valores de glucemia capilar entre los recién nacidos normales y los considerados de riesgo, los pacientes que se benefician del despistaje rutinario de niveles de glucosa, en aras de evitar maniobras innecesarias en estos recién nacidos. Porcentaje de recién nacidos que precisan de suplementación con leche artificial.

MÉTODO

- Realizar screening de glucemias capilares tras obtener el consentimiento informado de los padres (entregado en la consulta de prenatal semanas antes).
- Realizar estudio estadístico de los resultados para observar diferencias significativas entre el grupo de RN normales y de riesgo.
- Enfocar los cuidados primando el bienestar del RN y velar por sus derechos.
- Interferir lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina facilitando la aparición del vínculo madre-hijo.
- No separar al RN de su madre.
- Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
- Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma.
- Crear un protocolo de actuación ante hipoglucemia neonatal precoz.

INDICADORES

- Variables recogidas: edad paterna y materna, patología gestacional, resultado de cultivo vagino-rectal y serologías maternas, tipo de parto y horas de amniorrexis y de parto. Semanas de edad gestacional, peso, longitud, perímetro cefálico y torácico, resultado del test de Apgar, temperatura ótica en paritorio, minutos transcurridos hasta que el recién nacido es colocado piel con piel e inicio de succión. Nivel de glucosa capilar a las 2, 4 y 8 horas. Presencia o no de síntomas asociados a la hipoglucemia y descripción de los mismos. Actuación realizada ante la hipoglucemia y tiempo hasta la normalización de la misma.
- Creación e implantación del protocolo de despistaje de hipoglucemia neonatal precoz y actuación ante la misma.

DURACIÓN

Se iniciará el estudio tras la obtención de la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón y se recogerán datos durante un periodo de tiempo de unos 6 meses, necesarios para obtener resultados estadísticamente significativos.

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 - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LACALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE SILVIA BEATRIZ SANCHEZ MARCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITO COSTEY SILVIA
MARTIN RUIZ NURIA
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL
ALIJARDE LORENTE ROBERTO
MUÑOZ ALBILLOS MARISOL
MARTIN CALAMA JESUS
GARCIA PEREZ JUAN MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con el objetivo de realizar un sistema de videoconferencia entre los servicios de Pediatría del Hospital Infantil Miguel Servet y el Hospital Obispo Polanco se ha procedido a la realización de las siguientes actividades.

- Compra de micrófonos y videocámaras para realización de videoconferencia.
- Asignación de responsables en cada Unidad de Pediatría en Hospital Miguel Servet y Hospital Obispo Polanco para realizar videoconferencia.
- Creación de 2 cuentas de correo electrónico gmail en cada uno de los hospitales implicados.
- Creación de un protocolo de utilización del programa "Google Hangouts" utilizado para la realización del servicio de videoconferencia (sistema basado en videollamada) entre ambos servicios.
- Realización de videoconferencia entre ambos servicios de Pediatría tres veces por semana de 8:15 h-9 h salvo cuando no ha sido posible por demanda asistencial o periodos festivos que se continúa en la actualidad.
- Actualización de conocimientos de los profesionales sanitarios mediante la realización de sesiones y protocolos clínicos durante las videoconferencias.
- Adecuación y concilio del seguimiento clínico de aquellos pacientes que así lo requieren.
- Discusión clínica en casos dudosos o de difícil diagnóstico y valoración de derivación a Unidades especialistas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores de evaluación utilizados y los estándares obtenidos son los siguientes, contando desde un periodo inicial del 2 de mayo hasta el 31 de Enero, aunque dicho proyecto se mantiene en la actualidad:

- 1.Días en los que se realiza videoconferencia/días laborables totales (lunes-viernes): 60%.
- 2. Realización de sesiones y/o protocolos clínicos por videoconferencia/realización de sesiones clínicas en total: 80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La utilización de la videoconferencia entre dos servicios de Pediatría de diferentes hospitales, permite compartir sesiones y protocolos clínicos mejorando la docencia y actualización de los profesionales sanitarios. Además favorece la discusión de casos clínicos dudosos, la adecuación y conciliación del seguimiento clínico en pacientes controlados en ambos hospitales así como valorar la posible derivación a Unidades especialistas de referencia.

El proyecto se continúa realizando en la actualidad con duración por el momento indefinida.

7. OBSERVACIONES.

Sería conveniente incrementar la frecuencia de las sesiones de videoconferencia realizadas, no obstante, la demanda asistencial dificulta en ocasiones este cometido.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LACALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

*** ===== Resumen del proyecto 2018/354 ===== ***

Nº de registro: 0354

Título
VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Autores:
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ, BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUE, ALIJARDE LORENTE ROBERTO, MUÑOZ ALBILLOS MARIA SOLEDAD, MARTIN CALAMA JESUS, GARCIA PEREZ JUAN MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA PEDIÁTRICA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dado el creciente manejo multidisciplinar y/o derivación de los pacientes a Centros Sanitarios de referencia, la utilización de la videoconferencia como medio para valorar la derivación de pacientes, el manejo clínico y asistencial, puede facilitar y simplificar el acceso a un especialista en menor tiempo, y posibilita mejorar la atención médica en áreas con mayor dispersión de la población, conservando una atención de calidad. Además permite mejorar la docencia de los profesionales al poder compartir sesiones y protocolos clínicos entre diferentes servicios.

RESULTADOS ESPERADOS
Iniciar un sistema de videoconferencia entre servicios de Pediatría de diferentes sectores (Sector II, Hospital Infantil Miguel Servet y Sector Teruel, Hospital Obispo Polanco) para:
- Realizar discusión clínica de casos dudosos.
- Valorar derivación a Unidades especialistas de referencia en casos que precisen.
- Adecuar y conciliar el seguimiento clínico de aquellos pacientes que así lo requieran.
- Compartir sesiones y protocolos clínicos hospitalarios que permitan la actualización de los profesionales sanitarios.

MÉTODO
El inicio del sistema de videoconferencia se ha consensuado y aprobado por las subdirecciones médicas y jefes de servicio de ambos hospitales.
Dos representantes (médicos adjuntos) en cada uno de los servicios, serán los responsables de iniciar y finalizar la conexión de la videoconferencia durante el parte médico entre ambos hospitales. En el caso de que alguno de estos no se encontrara presente asignarán un responsable que se encargará de la misma tarea.

INDICADORES
- Días en los que se realiza videoconferencia/días destinados a realización de conferencia. Estándar: 80%.
- Realización de sesiones y/o protocolos clínicos por videoconferencia/ realización de sesiones y/o protocolos clínicos en total. Estándar: 80%.

DURACIÓN
La videoconferencia se realizará en horario de mañana de 8:15 h a 9:00 h, horario en el que se realiza el parte de guardia y sesiones clínicas en ambos servicios.
Se llevará a cabo de manera diaria a excepción de aquellos días en los que por demanda asistencial o periodos festivos/vacacionales no pueda realizarse.
La fecha de inicio prevista es el 2 de Mayo.
La duración es de 6 meses prorrogable de manera indefinida.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LACALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE SILVIA BEATRIZ SANCHEZ MARCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITO COSTEY SILVIA
MARTIN RUIZ NURIA
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL
ALIJARDE LORENTE ROBERTO
MUÑOZ ALBILLOS MARISOL
MARTIN CALAMA JESUS
GARCIA PEREZ JUAN MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con el objetivo de realizar un sistema de videoconferencia entre los servicios de Pediatría del Hospital Infantil Miguel Servet y el Hospital Obispo Polanco se ha procedido a la realización de las siguientes actividades.

- Compra de micrófonos y videocámaras para realización de videoconferencia.
- Asignación de responsables en cada Unidad de Pediatría en Hospital Miguel Servet y Hospital Obispo Polanco para realizar videoconferencia.
- Creación de 2 cuentas de correo electrónico gmail en cada uno de los hospitales implicados.
- Creación de un protocolo de utilización del programa "Google Hangouts" utilizado para la realización del servicio de videoconferencia (sistema basado en videollamada) entre ambos servicios.
- Realización de videoconferencia entre ambos servicios de Pediatría tres veces por semana de 8:15 h-9 h salvo cuando no ha sido posible por demanda asistencial o periodos festivos que se continúa en la actualidad.
- Actualización de conocimientos de los profesionales sanitarios mediante la realización de sesiones y protocolos clínicos durante las videoconferencias.
- Adecuación y concilio del seguimiento clínico de aquellos pacientes que así lo requieren.
- Discusión clínica en casos dudosos o de difícil diagnóstico y valoración de derivación a Unidades especialistas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores de evaluación utilizados y los estándares obtenidos son los siguientes, contando desde un periodo inicial del 2 de mayo hasta el 31 de Enero, aunque dicho proyecto se mantiene en la actualidad:

- 1.Días en los que se realiza videoconferencia/días laborables totales (lunes-viernes): 60%.
- 2. Realización de sesiones y/o protocolos clínicos por videoconferencia/realización de sesiones clínicas en total: 80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La utilización de la videoconferencia entre dos servicios de Pediatría de diferentes hospitales, permite compartir sesiones y protocolos clínicos mejorando la docencia y actualización de los profesionales sanitarios. Además favorece la discusión de casos clínicos dudosos, la adecuación y conciliación del seguimiento clínico en pacientes controlados en ambos hospitales así como valorar la posible derivación a Unidades especialistas de referencia.

El proyecto se continúa realizando en la actualidad con duración por el momento indefinida.

Sería conveniente incrementar la frecuencia de las sesiones de videoconferencia realizadas, no obstante, la demanda asistencial dificulta en ocasiones este cometido.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/354 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Nº de registro: 0354

Título
VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Autores:
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ, BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUE,
ALIJARDE LORENTE ROBERTO, MUÑOZ ALBILLOS MARIA SOLEDAD, MARTIN CALAMA JESUS, GARCIA PEREZ JUAN MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA PEDIÁTRICA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dado el creciente manejo multidisciplinar y/o derivación de los pacientes a Centros Sanitarios de referencia, la utilización de la videoconferencia como medio para valorar la derivación de pacientes, el manejo clínico y asistencial, puede facilitar y simplificar el acceso a un especialista en menor tiempo, y posibilita mejorar la atención médica en áreas con mayor dispersión de la población, conservando una atención de calidad. Además permite mejorar la docencia de los profesionales al poder compartir sesiones y protocolos clínicos entre diferentes servicios.

RESULTADOS ESPERADOS
Iniciar un sistema de videoconferencia entre servicios de Pediatría de diferentes sectores (Sector II, Hospital Infantil Miguel Servet y Sector Teruel, Hospital Obispo Polanco) para:
- Realizar discusión clínica de casos dudosos.
- Valorar derivación a Unidades especialistas de referencia en casos que precisen.
- Adecuar y conciliar el seguimiento clínico de aquellos pacientes que así lo requieran.
- Compartir sesiones y protocolos clínicos hospitalarios que permitan la actualización de los profesionales sanitarios.

MÉTODO
El inicio del sistema de videoconferencia se ha consensuado y aprobado por las subdirecciones médicas y jefes de servicio de ambos hospitales.
Dos representantes (médicos adjuntos) en cada uno de los servicios, serán los responsables de iniciar y finalizar la conexión de la videoconferencia durante el parte médico entre ambos hospitales. En el caso de que alguno de estos no se encontrara presente asignarán un responsable que se encargará de la misma tarea.

INDICADORES
- Días en los que se realiza videoconferencia/días destinados a realización de conferencia. Estándar: 80%.
- Realización de sesiones y/o protocolos clínicos por videoconferencia/ realización de sesiones y/o protocolos clínicos en total. Estándar: 80%.

DURACIÓN
La videoconferencia se realizará en horario de mañana de 8:15 h a 9:00 h, horario en el que se realiza el parte de guardia y sesiones clínicas en ambos servicios.
Se llevará a cabo de manera diaria a excepción de aquellos días en los que por demanda asistencial o periodos festivos/vacacionales no pueda realizarse.
La fecha de inicio prevista es el 2 de Mayo.
La duración es de 6 meses prorrogable de manera indefinida.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE SILVIA BEATRIZ SANCHEZ MARCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITO COSTEY SILVIA
MARTIN RUIZ NURIA
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL
ALIJARDE LORENTE ROBERTO
MUÑOZ ALBILLOS MARISOL
MARTIN CALAMA JESUS
GARCIA PEREZ JUAN MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con el objetivo de realizar un sistema de videoconferencia entre los servicios de Pediatría del Hospital Infantil Miguel Servet y el Hospital Obispo Polanco se realizó un protocolo de utilización del programa "Google Hangouts" utilizado para la realización del servicio de videoconferencia (sistema basado en videollamada) entre ambos servicios. Se ha procedido a la realización de videoconferencia entre ambos servicios de Pediatría según el calendario de sesiones clínicas del servicio de Pediatría del Hospital Infantil Miguel Servet:

- Creación de 2 cuentas para realizar sistema de conferencia por aplicación google hangouts.
- Creación de protocolo de utilización de Google Hangouts (Documento adjunto)*
- Discusión de casos clínicos compartidos/trasladados entre ambos servicios durante parte de Guardia Hospital Infantil Miguel Servet (8:15- 8: 30 h).
- Actualización de profesionales sobre diferentes temas pediátricos mediante casos clínicos realizados por residentes (lunes 8:30-9:00 h).
- Repaso y puesta en común de protocolos de Urgencias de Pediatría (martes 8:30-9:00). En este sentido, gracias al sistema de videoconferencia se han realizado 2 sesiones multidisciplinarias con los servicios de Neuroradiología, Neurocirugía, UCI- P, Neuropediatría HUMS, Hospital Ernest LLuch de Calatayud, Hospital de Barbastro, Hospital Sn Jorge de Huesca, Hospital de Alcañiz y Hospital Obispo Polanco para el consenso del protocolo "Ictus en Pediatría, 18 de octubre y 29 de noviembre de 2019).
- Puesta en común de novedades en aspectos terapéuticos y diagnósticos de diversas patologías impartida por facultativos especialistas (miércoles 8:30- 9:00 y viernes (1-2/mes 8:30-9:00 h)).

Todo ello, ha permitido la actualización de conocimientos de los profesionales sanitarios con el objetivo de mejorar la práctica y asistencia clínica ofrecida, así como adecuar y unificar los protocolos de asistencia de acuerdo con el centro de referencia. Además, dado que el servicio de Pediatría del Hospital Miguel Servet constituye el centro de referencia del Hospital Obispo Polanco, gracias al sistema de videoconferencia, se han podido comentar aquellos casos clínicos dudosos o de difícil diagnóstico ingresados en hospitalización, así como de traslados de pacientes realizados a dicho centro, favoreciendo la comunicación de los facultativos especialistas en ambos centros.

*Tutorial para realizar sesiones de comunicación entre el hospital Miguel Servet y el hospital Obispo Polanco

Contenido

1.1.	Introducción	3
1.2.	Requisitos requeridos	3
1.3.	Cuentas de Gmail	3
1.4.	Proceso para realizar la videollamada	3
1.4.1.	Iniciar sesión en Hangouts	3
1.4.2.	Realizar la videollamada	6
1.4.3.	Recibir la videollamada	8
1.4.4.	Funciones de la videollamada	8

1.1. Introducción

Este tutorial pretende describir como realizar las videollamadas entre el hospital Obispo Polanco de Teruel y el hospital Miguel Servet de Zaragoza.

La herramienta que se va a utilizar para realizar estas videoconferencias se llama Hangouts. Esta es una aplicación multiplataforma desarrollada por Google Inc.

1.2. Requisitos requeridos

Para realizar estas videoconferencias se necesita una serie de requisitos mínimos en cada uno de los hospitales, estos son los siguientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

- Ordenador con conexión a internet y un navegador instalado. Hangouts funciona en todos los navegadores (Google Chrome, Firefox e Internet Explorer), puede ser que se comporte de diferente manera según el navegador para el correcto funcionamiento se recomienda Google Chrome y versiones lo más actualizada de estos.
- Cámara, altavoces y micrófono conectados al ordenador e instalados y configurados previamente.
- Cuenta de Gmail para cada uno de los hospitales.

1.3. Cuentas de Gmail
Cuenta Hospital Obispo Polanco:
Correo electrónico: polanco.servet@gmail.com
Cuenta Hospital Miguel Servet:
Correo electrónico: servet.polanco@gmail.com

Las contraseñas se deben solicitar al responsable correspondiente.

1.4. Proceso para realizar la videollamada
A la hora de realizar este tipo de videollamadas se puede realizar de muchas maneras como por ejemplo realizar convocatorias a través del Google Calendar. Pero para simplificar vamos a detallar el proceso más simple, que es realizar las videollamadas directamente desde Hangouts.

1.4.1. Iniciar sesión en Hangouts
Este proceso se tiene que realizar en los 2 hospitales correspondientes a la hora preestablecida. En este momento se debería tener conectados, instalados y configurados tanto el micrófono como la cámara y altavoces. Una vez conectados y encendidos todos estos dispositivos se inicia el navegador correspondiente.

Se introduce la siguiente URL en el navegador:
<https://hangouts.google.com/?hl=es>

En caso de no tener sesión iniciada, se debe introducir los credenciales de acceso, para ello:
Se pulsa sobre Iniciar Sesión:

Se introduce el correo electrónico y se pulsa el botón Siguiente:

Se introduce la contraseña y se pulsa el botón Siguiente:

En caso de que no se muestre la pantalla de Hangouts (esta se puede identificar porque se visualiza el título "Google Hangouts") se puede acceder a través del menú superior derecho:

Se pulsa sobre el icono correspondiente de Hangouts (en caso de que no se vea, se pueden ver más aplicaciones pulsando sobre el botón "Mas"):

Una vez se ha accedido a la pantalla de Hangouts se puede ver la pantalla de inicio de Hangouts:

1.4.2. Realizar la videollamada
Para realizar la videollamada se debe pulsar sobre el botón Videollamada.

Es posible que dependiendo del navegador que se utilice o si no se ha dado permiso previamente nos lo solicite para utilizar el micrófono y la cámara.

Se permite el acceso y se continúa.

Puede ser que en este punto nuestro navegador nos solicite la instalación de algún complemento para que pueda funcionar correctamente, se instala y se continúa.
En este momento si la cámara está bien configurada podremos ver de fondo lo que se ve desde la cámara.

En este punto se muestra una nueva ventana en la que invitar al otro hospital con el que se quiere tener la videollamada.

Se introduce el correo electrónico del hospital con el que se desea contactar y se pulsa sobre el botón invitar.

1.4.3. Recibir la videollamada
En el momento en el que se está recibiendo una videollamada se escucha un sonido de llamada y se muestra en el listado de conversaciones. Se pulsa contestar y en este momento ya están en comunicación los 2 hospitales.

1.4.4. Funciones de la videollamada
Una vez la videollamada esté establecida, en la zona superior derecha aparece una serie de botones que permite realizar acciones sobre la videollamada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

1. Botón izquierdo: permite invitar a más personas a la videollamada.
2. Botón central:
 - En la pestaña general, permite configurar los dispositivos como cámara, micrófono y altavoces.
 - En la pestaña de ancho de banda, permite configurar el ancho de banda de la red para mejorar la calidad de la videollamada.

3. Botón derecho: permite realizar más acciones tales como:

Compartir pantalla: Permite compartir la visualización del escritorio para que los invitados a la videollamada puedan ver powerpoints, documentos,...

Pantalla completa: Permite mostrar la ventana en pantalla completa. Para salir de la pantalla completa, se pulsa sobre Salir del modo de pantalla completa que se muestra en esta misma opción.

Chat: Permite escribir mensajes a los asistentes de la videollamada en forma de chat.

Ayuda: Muestra documentación con ayuda de Hangouts.

Danos tu opinión: Sirve para enviar comentarios al servicio de técnico de Google.

Una vez la videollamada esté establecida, en la zona inferior aparece una serie de acciones que permiten interactuar con el micrófono, cámara o finalizar la llamada.

1. Botón izquierdo: cuando está pulsado se silencia el micrófono. Para activar se vuelve a pulsar
2. Botón central: finaliza la videollamada.
3. Botón derecho: cuando está pulsado se deja de compartir la cámara. Para activar se vuelve a pulsar.

Una vez la videollamada esté establecida, en la zona inferior izquierda aparece una acción que permite mandar mensajes en modo Chat (es la misma funcionalidad que se comentó anteriormente).

En caso de que estos botones de acciones no aparezcan solo se debe mover el ratón para visualizarlos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores de evaluación utilizados y los estándares obtenidos son los siguientes, contando desde un periodo inicial del 1 de febrero hasta el 15 de diciembre suspendiéndose de forma temporal las sesiones entre ambos centros, los meses de julio a septiembre, dada la realización de reformas en el Hospital Infantil Miguel Servet y excluyéndose aquellos días en los que no se ha podido realizar por demanda asistencial, sesiones clínicas internas o festividad.

-1. Días en los que se realiza videoconferencia/días laborables totales (lunes-viernes): 3-4 días por semana/ total de días entre semana: 47,3%.

- 2. Realización de sesiones y/o protocolos clínicos por videoconferencia/realización de sesiones clínicas en total: 75,5%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La utilización de la videoconferencia entre dos servicios clínicos de Pediatría, siendo uno de ellos el hospital de referencia, constituye una herramienta muy útil de comunicación entre los diferentes profesionales, así como permite la docencia y la actualización de los diferentes profesionales sanitarios y la unificación de criterios a nivel de diferentes hospitales, con el objetivo de optimizar la asistencia clínica ofrecida a nuestros pacientes.

Es de destacar la implicación de ambos servicios para la realización de las videoconferencias, aunque en ocasiones factores externos anteriormente mencionados, han dificultado la realización de las mismas, afectando de manera negativa a los indicadores de evaluación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/354 ===== ***

Nº de registro: 0354

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Autores:
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ, BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUE,
ALIJARDE LORENTE ROBERTO, MUÑOZ ALBILLOS MARIA SOLEDAD, MARTIN CALAMA JESUS, GARCIA PEREZ JUAN MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA PEDIÁTRICA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dado el creciente manejo multidisciplinar y/o derivación de los pacientes a Centros Sanitarios de referencia, la utilización de la videoconferencia como medio para valorar la derivación de pacientes, el manejo clínico y asistencial, puede facilitar y simplificar el acceso a un especialista en menor tiempo, y posibilita mejorar la atención médica en áreas con mayor dispersión de la población, conservando una atención de calidad. Además permite mejorar la docencia de los profesionales al poder compartir sesiones y protocolos clínicos entre diferentes servicios.

RESULTADOS ESPERADOS

Iniciar un sistema de videoconferencia entre servicios de Pediatría de diferentes sectores (Sector II, Hospital Infantil Miguel Servet y Sector Teruel, Hospital Obispo Polanco) para:

- Realizar discusión clínica de casos dudosos.
- Valorar derivación a Unidades especialistas de referencia en casos que precisen.
- Adecuar y conciliar el seguimiento clínico de aquellos pacientes que así lo requieran.
- Compartir sesiones y protocolos clínicos hospitalarios que permitan la actualización de los profesionales sanitarios.

MÉTODO

El inicio del sistema de videoconferencia se ha consensuado y aprobado por las subdirecciones médicas y jefes de servicio de ambos hospitales.
Dos representantes (médicos adjuntos) en cada uno de los servicios, serán los responsables de iniciar y finalizar la conexión de la videoconferencia durante el parte médico entre ambos hospitales. En el caso de que alguno de estos no se encontrara presente asignarán un responsable que se encargará de la misma tarea.

INDICADORES

- Días en los que se realiza videoconferencia/días destinados a realización de conferencia. Estándar: 80%.
- Realización de sesiones y/o protocolos clínicos por videoconferencia/ realización de sesiones y/o protocolos clínicos en total. Estándar: 80%.

DURACIÓN

La videoconferencia se realizará en horario de mañana de 8:15 h a 9:00 h, horario en el que se realiza el parte de guardia y sesiones clínicas en ambos servicios.
Se llevará a cabo de manera diaria a excepción de aquellos días en los que por demanda asistencial o periodos festivos/vacacionales no pueda realizarse.
La fecha de inicio prevista es el 2 de Mayo.
La duración es de 6 meses prorrogable de manera indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0489

1. TÍTULO

DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE SILVIA BENITO COSTEY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN RUIZ NURIA
VALERO ADAN ADELA
MENDEZ MUÑOZ ISABEL
VICENTE MONFORTE PILAR
MAICAS PEREZ ANA BELEN
LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA
MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo de este proyecto era comprobar la correlación de los resultados de calcio sanguíneo mediante muestra capilar y venosa. Para la consecución del mismo se extrajo una muestra de calcio venoso y capilar de forma simultánea en 52 individuos voluntarios sanos con edad comprendida entre los 19-63 años. Se analizó la gasometría capilar inmediatamente y la venosa los primeros 30 minutos tras su extracción, conservando las muestras a temperatura ambiente hasta su análisis.

La gasometría venosa se recogió en jeringas de heparina de litio (23 UI/mL) y la gasometría capilar en capilares en tubos capilares de heparina de litio (aproximadamente 100 UI/mL). El análisis se realizó en los autoanalizadores GEM4000. Además del calcio, se estudió el sodio y el cloro.

Está en proceso la inclusión de la prueba en la cartera de servicios del Servicio de Análisis Clínicos, de la cual pueden beneficiarse pacientes con dificultad de extracción de muestras de sangre venosa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal del estudio era comprobar la correlación del calcio sanguíneo en muestras de sangre capilar y venosa para que pacientes en los que una extracción de sangre venosa pueda ser dificultosa o entrañar complicaciones se puedan beneficiar de un análisis riguroso del mismo con una muestra capilar. Se ha añadido un objetivo secundario al analizar otros iones de interés similar al calcio, como son el cloro y el sodio.

Los intervalos de referencia estandarizados para cada uno de los iones son: calcio iónico 4,2-5,2 mg/dL, cloro 100-106 mmol/L y Sodio 135-145 mmol/L. Los intervalos obtenidos en cada una de las muestras venosa y capilar para cada ion estudiado son los siguientes:

- Calcio iónico:
 - Muestra venosa 4,6-5,4 mg/dL.
 - Muestra capilar 4,4-5,7 mg/dL.
- Cloro:
 - Muestra venosa 101-110,7 mmol/L.
 - Muestra capilar 102-116,7 mmol/L.
- Sodio:
 - Muestra venosa 133-143 mmol/L.
 - Muestra capilar 134,5-147 mmol/L.

Del estudio se puede inferir que los valores de referencia para el calcio y el sodio son equivalentes en ambas muestras, pudiendo ser fiable una muestra de sangre capilar para determinar dichos iones en un paciente con imposibilidad o dificultad en la extracción de sangre venosa. Sin embargo los valores de referencia para el cloro difieren sustancialmente en ambas muestras por lo que no se puede deducir que los niveles de cloro de una muestra capilar sean equivalentes a los de una muestra venosa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido el objetivo principal en el que se pone de manifiesto la correlación de los niveles de calcio en muestra capilar con los de muestra venosa, y como objetivo secundario se ha observado la correlación de los niveles de sodio. Gracias a la realización de este estudio se pueden conocer los valores sanguíneos de calcio y sodio mediante muestra de sangre capilar en pacientes que por sus características clínicas no sea posible o suponga un riesgo la obtención de una muestra de sangre venosa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/489 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0489

1. TÍTULO

DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Nº de registro: 0489

Título
DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Autores:
BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA, VALERO ADAN ADELA CAYETANA, MENDEZ MUÑOZ ISABEL, VICENTE MONFORTE PILAR, MAICAS PEREZ ANA BELEN, LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA, MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología: ALTERACIONES EN LA CALCEMIA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las alteraciones en las concentraciones de calcio en sangre, hipercalcemia e hipocalcemia, son frecuentes y pueden constituir emergencias vitales. En la práctica clínica, se tiende a valorar el balance de calcio por medio de la concentración sérica de calcio total, pero esto puede conducir a conclusiones y decisiones inadecuadas para el paciente, ya que es el calcio ionizado la fracción libre y fisiológicamente activa. Alteraciones en la concentración de proteínas o alteraciones en el equilibrio ácido-base modifican la fracción de calcio ionizado. La IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine) recomienda determinar la concentración de calcio iónico por potenciometría directa con electrodo selectivo-ión calcio combinado con un electrodo externo de referencia. Uno de los tipos de muestras que se puede emplear es sangre total empleando heparinas balanceadas con litio.
A priori el tipo de muestra arterial, venosa o capilar no influye en la concentración de calcio iónico, siempre y cuando los anticoagulantes y el volumen empleado sea el adecuado, y se preste atención a las condiciones preanalíticas.

Los dispositivos para la obtención de muestra capilar contienen una cantidad aproximada, no exacta de heparina, que podría alterar el resultado de dicha muestra. No conocemos los valores de referencia para el calcio iónico obtenido de muestra capilar, y no existen suficientes estudios que permitan valorar la interferencia en los resultados del anticoagulante en el dispositivo de recogida de la muestra

Sin embargo, en determinados pacientes, la extracción de una muestra venosa sanguínea podría suponer un riesgo, no así la muestra capilar. Concretamente, se presenta el caso de una paciente de 4 años del servicio de pediatría del Hospital Obispo Polanco afecta de osteogénesis imperfecta en la que una contención para una extracción analítica venosa supone un riesgo elevado de fractura ósea. Dicha paciente precisa controles de calcio sanguíneo ocasionalmente y en ella es preciso extremar las medidas preventivas para evitar una fractura ósea. Una forma de evitar la contención que supone la extracción analítica venosa es la realización de una extracción capilar, que generalmente precisa menor contención y la paciente se encuentra más familiarizada con las mismas por lo que presenta mayor colaboración.

El punto de partida del presente proyecto de calidad es nuestra paciente pediátrica, en la cual el riesgo derivado de una extracción sanguínea venosa y la necesidad periódica de controles de calcio justifica de forma inequívoca la necesidad de establecer la equivalencia del calcio sanguíneo mediante muestra capilar con la muestra venosa o la estandarización de un factor de corrección para la calcemia en muestra capilar. Sin embargo se prevee que este proyecto tendrá utilidad para más pacientes actuales y en el futuro, tanto pediátricos como adultos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es comprobar la correlación de los resultados de calcio sanguíneo mediante muestra capilar y venosa. La población diana que podrá verse beneficiada del proyecto es la que agrupa aquellos pacientes que por sus características clínicas no sea posible o suponga un riesgo la extracción sanguínea mediante muestra venosa.

MÉTODO
Para lograr los objetivos se pretende extraer en individuos sanos una muestra de calcio venoso y capilar para comparar los resultados en ambas muestras extraídas de forma simultánea en el individuo. Una vez conocida la relación de calcio iónico en ambas muestras (venosa y capilar) y la posible verificación de los resultados de ión en la gasometría capilar, se planteará con el Servicio de Análisis Clínicos, la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0489

1. TÍTULO

DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

inclusión de la prueba en la cartera de servicio para este tipo de pacientes.

INDICADORES

Se obtendrán los niveles de calcemia de la muestra capilar y venosa en el mismo voluntario sano mediante el analizador de sangre GEM 4000 Premier, disponible en laboratorio de Hospital Obispo Polanco. Posteriormente se realizara un estudio comparativo de los resultados en ambos tipos de muestras.

DURACIÓN

La duración estimada del proyecto será menor a un año. En el mismo, se programará la realización de las extracciones sanguíneas de muestra venosa y capilar para obtener una muestra representativa de la que se pueda extrapolar un resultado aplicable a 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 - 2018/0489

1. TÍTULO

DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE SILVIA BENITO COSTEY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALERO ADAN ADELA
MENDEZ MUÑOZ ISABEL
VICENTE MONFORTE PILAR
MAICAS PEREZ ANA BELEN
LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA
MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo de este proyecto era comprobar la correlación de los resultados de calcio sanguíneo mediante muestra capilar y venosa. Para la consecución del mismo se extrajo una muestra de calcio venoso y capilar de forma simultánea en 52 individuos voluntarios sanos con edad comprendida entre los 19-63 años. Se analizó la gasometría capilar inmediatamente y la venosa los primeros 30 minutos tras su extracción, conservando las muestras a temperatura ambiente hasta su análisis.

La gasometría venosa se recogió en jeringas de heparina de litio (23 UI/mL) y la gasometría capilar en capilares en tubos capilares de heparina de litio (aproximadamente 100 UI/mL). El análisis se realizó en los autoanalizadores GEM4000. Además del calcio, se estudió el sodio y el cloro.

Está en proceso la inclusión de la prueba en la cartera de servicios del Servicio de Análisis Clínicos, de la cual pueden beneficiarse pacientes con dificultad de extracción de muestras de sangre venosa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal del estudio era comprobar la correlación del calcio sanguíneo en muestras de sangre capilar y venosa para que pacientes en los que una extracción de sangre venosa pueda ser dificultosa o entrañar complicaciones se puedan beneficiar de un análisis riguroso del mismo con una muestra capilar. Se ha añadido un objetivo secundario al analizar otros iones de interés similar al calcio, como son el cloro y el sodio.

Los intervalos de referencia estandarizados para cada uno de los iones son: calcio iónico 4,2-5,2 mg/dL, cloro 100-106 mmol/L y Sodio 135-145 mmol/L. Los intervalos obtenidos en cada una de las muestras venosa y capilar para cada ion estudiado son los siguientes:

- Calcio iónico:
- Muestra venosa: 4,6-5,4 mg/dL
- Muestra capilar: 4,4-5,7 mg/dL
- Cloro:
- Muestra venosa 101-110,7 mmol/L
- Muestra capilar 102-116,7 mmol/L
- Sodio:
- Muestra venosa 133-143 mmol/L
- Muestra capilar 134,5-147 mmol/L

Del estudio se puede inferir que los valores de referencia para el calcio y el sodio son equivalentes en ambas muestras, pudiendo ser fiable una muestra de sangre capilar para determinar dichos elementos en sangre en un paciente con imposibilidad o dificultad en la extracción de sangre venosa. Sin embargo los valores de referencia para el cloro difieren sustancialmente en ambas muestras por lo que no se puede deducir que los niveles de cloro de una muestra capilar sean equivalentes a los de una muestra venosa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido el objetivo principal en el que se pone de manifiesto la correlación de los niveles de calcio en muestra capilar con los de muestra venosa, y como objetivo secundario se ha observado la correlación de los niveles de sodio. Gracias a la realización de este estudio se puede conocer los valores sanguíneos de calcio y sodio mediante muestra de sangre capilar en pacientes que por sus características clínicas no sea posible o suponga un riesgo la obtención de una muestra de sangre venosa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/489 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0489

1. TÍTULO

DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Nº de registro: 0489

Título
DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Autores:
BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA, VALERO ADAN ADELA CAYETANA, MENDEZ MUÑOZ ISABEL, VICENTE MONFORTE PILAR, MAICAS PEREZ ANA BELEN, LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA, MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología: ALTERACIONES EN LA CALCEMIA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las alteraciones en las concentraciones de calcio en sangre, hipercalcemia e hipocalcemia, son frecuentes y pueden constituir emergencias vitales. En la práctica clínica, se tiende a valorar el balance de calcio por medio de la concentración sérica de calcio total, pero esto puede conducir a conclusiones y decisiones inadecuadas para el paciente, ya que es el calcio ionizado la fracción libre y fisiológicamente activa. Alteraciones en la concentración de proteínas o alteraciones en el equilibrio ácido-base modifican la fracción de calcio ionizado. La IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine) recomienda determinar la concentración de calcio iónico por potenciometría directa con electrodo selectivo-ión calcio combinado con un electrodo externo de referencia. Uno de los tipos de muestras que se puede emplear es sangre total empleando heparinas balanceadas con litio.
A priori el tipo de muestra arterial, venosa o capilar no influye en la concentración de calcio iónico, siempre y cuando los anticoagulantes y el volumen empleado sea el adecuado, y se preste atención a las condiciones preanalíticas.

Los dispositivos para la obtención de muestra capilar contienen una cantidad aproximada, no exacta de heparina, que podría alterar el resultado de dicha muestra. No conocemos los valores de referencia para el calcio iónico obtenido de muestra capilar, y no existen suficientes estudios que permitan valorar la interferencia en los resultados del anticoagulante en el dispositivo de recogida de la muestra

Sin embargo, en determinados pacientes, la extracción de una muestra venosa sanguínea podría suponer un riesgo, no así la muestra capilar. Concretamente, se presenta el caso de una paciente de 4 años del servicio de pediatría del Hospital Obispo Polanco afecta de osteogénesis imperfecta en la que una contención para una extracción analítica venosa supone un riesgo elevado de fractura ósea. Dicha paciente precisa controles de calcio sanguíneo ocasionalmente y en ella es preciso extremar las medidas preventivas para evitar una fractura ósea. Una forma de evitar la contención que supone la extracción analítica venosa es la realización de una extracción capilar, que generalmente precisa menor contención y la paciente se encuentra más familiarizada con las mismas por lo que presenta mayor colaboración.

El punto de partida del presente proyecto de calidad es nuestra paciente pediátrica, en la cual el riesgo derivado de una extracción sanguínea venosa y la necesidad periódica de controles de calcio justifica de forma inequívoca la necesidad de establecer la equivalencia del calcio sanguíneo mediante muestra capilar con la muestra venosa o la estandarización de un factor de corrección para la calcemia en muestra capilar. Sin embargo se prevee que este proyecto tendrá utilidad para más pacientes actuales y en el futuro, tanto pediátricos como adultos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es comprobar la correlación de los resultados de calcio sanguíneo mediante muestra capilar y venosa. La población diana que podrá verse beneficiada del proyecto es la que agrupa aquellos pacientes que por sus características clínicas no sea posible o suponga un riesgo la extracción sanguínea mediante muestra venosa.

MÉTODO
Para lograr los objetivos se pretende extraer en individuos sanos una muestra de calcio venoso y capilar para comparar los resultados en ambas muestras extraídas de forma simultánea en el individuo. Una vez conocida la relación de calcio iónico en ambas muestras (venosa y capilar) y la posible verificación de los resultados de ión en la gasometría capilar, se planteará con el Servicio de Análisis Clínicos, la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0489

1. TÍTULO

DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

inclusión de la prueba en la cartera de servicio para este tipo de pacientes.

INDICADORES

Se obtendrán los niveles de calcemia de la muestra capilar y venosa en el mismo voluntario sano mediante el analizador de sangre GEM 4000 Premier, disponible en laboratorio de Hospital Obispo Polanco. Posteriormente se realizara un estudio comparativo de los resultados en ambos tipos de muestras.

DURACIÓN

La duración estimada del proyecto será menor a un año. En el mismo, se programará la realización de las extracciones sanguíneas de muestra venosa y capilar para obtener una muestra representativa de la que se pueda extrapolar un resultado aplicable a 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 - 2018/0494

1. TÍTULO

REGISTRO Y ANALISIS DE ACTIVIDAD CLINICA EN RECIEN NACIDOS DEL H. OBISPO POLANCO TRAVES DE LA PLATAFORMA NEOSOFT Y POSTERIOR ELABORACION DE INFORME CLINICO DE ALTA A TODO RECIEN NACIDO DE MATERNIDAD

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE MARISOL MUÑOZ ALBILLOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITO COSTEY SILVIA
ALIJARDE LORENTE ROBERTO
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL
MARTIN RUIZ NURIA
HERRERO SANZ CRISTINA
TREGON MARTIN PILAR
CAMPOS PEREZ MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El recurso empleado ha sido el programa Neosoft que, mediante un formulario establecido, permite realizar un registro de todos los aspectos relacionados con el recién nacido y obtener posteriormente un informe.

Mediante dicho programa se ha registrado la actividad relacionada con los recién nacidos en el Hospital Obispo Polanco por parte de los profesionales implicados en la misma. Se han recogido detalles de su historial perinatal, grupo sanguíneo, alimentación, ganancia ponderal, exploración física y exploraciones complementarias durante su ingreso en maternidad.

Además, con el informe obtenido se ha elaborado un documento de alta de maternidad del recién nacido para los padres y para el pediatra de atención primaria que llevará a cabo el seguimiento posterior del bebé. En este informe aparecen los detalles del nacimiento y evolución durante las primeras horas de vida, así como recomendaciones para los días inmediatos postparto o necesidad de otras pruebas diagnósticas o seguimiento del recién nacido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido el objetivo deseado, la mejora de la asistencia continuada del recién nacido al alta de maternidad, aportando un informe clínico a los padres y a su pediatra, así como el registro de datos perinatales, parto y post-parto de los recién nacidos, implicándose de forma activa todos los profesionales que asisten al recién nacido en su práctica clínica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha comprobado que cuando todos los profesionales se implican de forma conjunta en la elaboración de un proyecto para mejorar la asistencia clínica se consigue de forma satisfactoria. El objetivo propuesto ha sido logrado gracias a la colaboración del personal de paritorio, maternidad y pediatría. La recogida de datos de los recién nacidos en el programa Neosoft y la creación de un informe de alta hospitalaria ha mejorado con creces la atención a los recién nacidos del Hospital Obispo Polanco de Teruel.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/494 ===== ***

Nº de registro: 0494

Título
REGISTRO Y ANALISIS DE ACTIVIDAD CLINICA EN RN DE UNIDAD PARITORIO-MATERNIDAD A TRAVES DE LA PLATAFORMA NEOSOFT Y POSTERIOR ELABORACION DE INFORME CLINICO DE ALTA A TODO RECIEN NACIDO DE MATERNIDAD

Autores:
MUÑOZ ALBILLOS MARIA SOLEDAD, ALIJARDE LORENTE ROBERTO, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL, HERRERO SANZ CRISTINA, TREGON MARTIN PILAR, CAMPOS PEREZ MARIA PAZ, BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0494

1. TÍTULO

REGISTRO Y ANALISIS DE ACTIVIDAD CLINICA EN RECIEN NACIDOS DEL H. OBISPO POLANCO TRAVES DE LA PLATAFORMA NEOSOFT Y POSTERIOR ELABORACION DE INFORME CLINICO DE ALTA A TODO RECIEN NACIDO DE MATERNIDAD

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es patente la necesidad de desarrollar proyectos de calidad en las unidades donde se atiende al RN, incluyendo paritorios y maternidad. Proyectos de calidad entendidos como atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente.

En nuestro centro los RN en los primeros días de vida, durante su ingreso en maternidad, son atendidos por diferentes profesionales (pediatras, matronas, enfermeras, auxiliares). Se revisa y analiza todo su historial perinatal y parto. Son visitados, explorados e informamos a los padres a diario hasta su alta. Se realizan pruebas complementarias (prueba talón, otoemisiones acústicas ...), control curva peso, apoyo lactancia materna. Según cada caso se amplían estudios complementarios y se canalizan interconsultas oportunas.

Consideramos de vital importancia se registre en Neosoft dicha actividad por parte de los profesionales implicados para posteriormente poder elaborar un informe clínico para los padres y para su pediatra.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora e implementación del registro de datos perinatales y parto y post-parto de los RN, implicándose de forma activa todos los profesionales implicados.

Analizar de forma organizada y anticipada las patologías perinatales que puedan implicar al RN y programar las intervenciones oportunas.

Elaborar informe clínico con toda la información recogida.

Favorecer la mejora de la asistencia continuada del RN al alta de maternidad, aportando informe clínico a los padres y a su pediatra.

MÉTODO

Actualización y mejora de historia prenatal para registro de datos.

Reunión con personal implicado para informar y concienciar de la importancia del tema

Se registrarán todos los informes, instrucciones y recomendaciones entregados en el momento del alta, para su posterior análisis detallado.

INDICADORES

Número de historia clínica perinatales bien cumplimentadas.

Número de informes clínicos y recomendaciones entregadas y firmadas.

DURACIÓN

Se prevee indefinida, con revisión semestral de indicadores y resultados.

Población diana: Todo recién nacido de unidad de maternidad.

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 - 2018/0749

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE NURIA MARTIN RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARROTE MATA ANA
PEREZ PEREZ ROSA MARIA
GODED GARCIA MARIA PILAR
CAMPOS PEREZ MARIA PAZ
IBAÑEZ MATEO MARIA LUISA
CEBRIAN CLEMENTE CARMEN
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reuniones periódicas para valorar puntos de mejora y evolución de los mismos.
- Adquisición de un pulsioxímetro para valoración de la saturación de oxígeno en los recién nacidos.
- Valoración del primer simulacro realizado, con la grabación del mismo y posterior análisis.
- Realización de curso de RCP neonatal, con la asistencia de personal involucrado en la asistencia neonatal (matronas, TCAE, pediatras, enfermeras).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha realizado nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas.
- Tras la valoración del simulacro, se detectó que las hojas de medicación utilizadas de guía para la perfusión intravenosa (cuidados post-reanimación) quedaban confusas para parte del personal sanitario, por lo que se ha redactado una hoja de perfusiones simplificada.
- Se ha realizado dos cursos de RCP (junio de 2018 y noviembre de 2018) con una asistencia del 100% de las plazas ofertadas y una valoración muy positiva (100% de valoración mayor o igual a 8 sobre una puntuación de 0-10).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La protocolización de la asistencia sanitaria disminuye la variabilidad en la práctica clínica y mejora la asistencia.
- La formación continuada es una necesidad de vital importancia en nuestra profesión y altamente demandada por los profesionales que atienden a neonatos.
- Simplificar en la medida de lo posible las guías de actuación mejora la asistencia y el cumplimiento de los protocolos asistenciales.
- Los cambios en la asistencia sanitaria consensuados y adecuadamente justificados mejoran su implantación. La resistencia al cambio se minimiza con dichas medidas.
- Se han valorado positivamente las iniciativas formativas realizadas en 2018.
- Protocolizar nuestra actuación y la evaluación periódica de los mismos, es un proceso de mejora que no tiene punto final.
- Las actividades realizadas potencian la comunicación entre los profesionales y abriendo nuevas posibilidades de colaboración en nuevos proyectos de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/749 ===== ***

Nº de registro: 0749

Título
MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
MARTIN RUIZ NURIA, GARROTE MATA ANA, PEREZ PEREZ ROSA MARIA, GODED GARCIA MARIA PILAR, CAMPOS PEREZ MARIA PAZ, IBAÑEZ MATEO MARIA LUISA, CEBRIAN CLEMENTE CARMEN, SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0749

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018

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

El nacimiento y el parto son procesos fisiológicos en los que la mayoría de las mujeres que van a ser madres están sanas y sus hijos serán niños sanos. Es de máximo interés optimizar la atención y protocolizar la asistencia en los primeros horas de vida para realizar diagnóstico y tratamiento precoz de las patologías encontradas en la población neonatal. La formación continuada del personal implicado en su asistencia, es fundamental para, por una parte, entrenar al personal de nueva incorporación y por otro, optimizar conocimientos previamente adquiridos, en caso de los profesionales veteranos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Respetar en la medida de lo posible las preferencias de los padres.
 - Interferir lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina facilitando la aparición del vínculo madre-hijo.
 - Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
 - Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma.
 - Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN.
 - Profilaxis oftálmica neonatal.
 - Realizar el cribado endocrino-metabólico y el cribado de la hipoacusia
- Realización de simulacro anual con valoración posterior y propuestas de mejora.
Incorporación de nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas mediante pulsioximetría pre y postductal.
Nuevo protocolo de atención al recién nacido normal.
Realización de curso de RCP con participación de personal de pediatría y maternidad.

MÉTODO

Planificación/organización/realización de simulacro con participación de personal de paritorio, maternidad, pediatría.
Crear un protocolo de atención al recién nacido normal, consensuado con los diversos servicios implicados
Desarrollo de nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas, mediante la monitorización de pulsioximetría pre y postductal a todos los recién nacidos.
Realización de curso de RCP neonatal.

INDICADORES

Creación e implantación del protocolo de actuación de asistencia al recién nacido que no precisa reanimación ni asistencia pediátrica urgente, que incluya los siguientes puntos

- Lavado de manos y guantes
- Secado y calentamiento inmediato
- Pinzamiento del cordón umbilical
- Contacto piel con piel inmediato
- Identificación del recién nacido

- Creación del protocolo de continuación de cuidados postnatales, en el propio paritorio y maternidad, incluyendo los siguientes aspectos :

- Continuación contacto piel con piel
- Profilaxis oftálmica
- Profilaxis enfermedad hemorrágica
- Inicio de lactancia materna. Revisión tomas
- Revisión pediátrica diaria, en presencia de los padres.
- Analgesia no farmacológica
- Cribado enfermedades metabólicas
- Cribado hipoacusia

Cribado cardiopatías congénitas.
- Mejora de la atención al neonato que precisa reanimación urgente, mediante realización de simulacro y curso de RCP.

DURACIÓN

Un periodo de seis meses necesarios para la planificación de todos los proyectos anteriormente descritos.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0749

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 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 - 2018/0749

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE NURIA MARTIN RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARROTE MATA ANA
PEREZ PEREZ ROSA MARIA
GODED GARCIA MARIA PILAR
CAMPOS PEREZ MARIA PAZ
IBAÑEZ MATEO MARIA LUISA
CEBRIAN CLEMENTE CARMEN
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reuniones periódicas para valorar puntos de mejora y evolución de los mismos.
- Adquisición de un pulsioxímetro para valoración de la saturación de oxígeno en los recién nacidos.
- Valoración del primer simulacro realizado, con la grabación del mismo y posterior análisis.
- Realización de curso de RCP neonatal, con la asistencia de personal involucrado en la asistencia neonatal (matronas, TCAE, pediatras, enfermeras).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha realizado nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas.
- Tras la valoración del simulacro, se detectó que las hojas de medicación utilizadas de guía para la perfusión intravenosa (cuidados post-reanimación) quedaban confusas para parte del personal sanitario, por lo que se ha redactado una hoja de perfusiones simplificada.
- Se ha realizado dos cursos de RCP (junio de 2018 y noviembre de 2018) con una asistencia del 100% de las plazas ofertadas y una valoración muy positiva (100% de valoración mayor o igual a 8 sobre una puntuación de 0-10).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La protocolización de la asistencia sanitaria disminuye la variabilidad en la práctica clínica y mejora la asistencia.
- La formación continuada es una necesidad de vital importancia en nuestra profesión y altamente demandada por los profesionales que atienden a neonatos.
- Simplificar en la medida de lo posible las guías de actuación mejora la asistencia y el cumplimiento de los protocolos asistenciales.
- Los cambios en la asistencia sanitaria consensuados y adecuadamente justificados mejoran su implantación. La resistencia al cambio se minimiza con dichas medidas.
- Se han valorado positivamente las iniciativas formativas realizadas en 2018.
- Protocolizar nuestra actuación y la evaluación periódica de los mismos, es un proceso de mejora que no tiene punto final.
- Las actividades realizadas potencian la comunicación entre los profesionales y abriendo nuevas posibilidades de colaboración en nuevos proyectos de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/749 ===== ***

Nº de registro: 0749

Título
MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
MARTIN RUIZ NURIA, GARROTE MATA ANA, PEREZ PEREZ ROSA MARIA, GODED GARCIA MARIA PILAR, CAMPOS PEREZ MARIA PAZ, IBAÑEZ MATEO MARIA LUISA, CEBRIAN CLEMENTE CARMEN, SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0749

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018

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
El nacimiento y el parto son procesos fisiológicos en los que la mayoría de las mujeres que van a ser madres están sanas y sus hijos serán niños sanos. Es de máximo interés optimizar la atención y protocolizar la asistencia en los primeros horas de vida para realizar diagnóstico y tratamiento precoz de las patologías encontradas en la población neonatal. La formación continuada del personal implicado en su asistencia, es fundamental para, por una parte, entrenar al personal de nueva incorporación y por otro, optimizar conocimientos previamente adquiridos, en caso de los profesionales veteranos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Respetar en la medida de lo posible las preferencias de los padres.
 - Interferir lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina facilitando la aparición del vínculo madre-hijo.
 - Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
 - Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma.
 - Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN.
 - Profilaxis oftálmica neonatal.
 - Realizar el cribado endocrino-metabólico y el cribado de la hipoacusia
- Realización de simulacro anual con valoración posterior y propuestas de mejora.
Incorporación de nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas mediante pulsioximetría pre y postductal.
Nuevo protocolo de atención al recién nacido normal.
Realización de curso de RCP con participación de personal de pediatría y maternidad.

MÉTODO

Planificación/organización/realización de simulacro con participación de personal de paritorio, maternidad, pediatría.
Crear un protocolo de atención al recién nacido normal, consensuado con los diversos servicios implicados
Desarrollo de nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas, mediante la monitorización de pulsioximetría pre y postductal a todos los recién nacidos.
Realización de curso de RCP neonatal.

INDICADORES

Creación e implantación del protocolo de actuación de asistencia al recién nacido que no precisa reanimación ni asistencia pediátrica urgente, que incluya los siguientes puntos

- Lavado de manos y guantes
- Secado y calentamiento inmediato
- Pinzamiento del cordón umbilical
- Contacto piel con piel inmediato
- Identificación del recién nacido

- Creación del protocolo de continuación de cuidados postnatales, en el propio paritorio y maternidad, incluyendo los siguientes aspectos :

- Continuación contacto piel con piel
- Profilaxis oftálmica
- Profilaxis enfermedad hemorrágica
- Inicio de lactancia materna. Revisión tomas
- Revisión pediátrica diaria, en presencia de los padres.
- Analgesia no farmacológica
- Cribado enfermedades metabólicas
- Cribado hipoacusia

Cribado cardiopatías congénitas.
- Mejora de la atención al neonato que precisa reanimación urgente, mediante realización de simulacro y curso de RCP.

DURACIÓN

Un periodo de seis meses necesarios para la planificación de todos los proyectos anteriormente descritos.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0749

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 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 - 2018/0989

1. TÍTULO

ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ROBERTO ALIJARDE LORENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

REUS ANTON CARMEN
MARTIN MARTIN CONCHA
VICENTE MONFORTE PILAR
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL
MARTIN RUIZ NURIA
BENITO COSTEY SILVIA
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el año 2017, se puso en marcha la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos, referencia para toda la Comunidad autónoma de Aragón. En ese momento se planteó iniciar un programa de mejora de calidad, ofreciendo una asistencia del paciente pediátrico crónico en el Servicio de Pediatría del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Se realizó una reunión informativa para que todo el personal del Servicio estuviera en conocimiento del programa que se iba a iniciar. Además, todos los pacientes crónicos susceptibles de pertenecer a este grupo, fueron informados de que si precisaban asistencia en relación a su patología, podrían acudir al Hospital Obispo Polanco, acudiendo directamente al Servicio de Pediatría, situado en primera planta del Hospital, sin necesidad de acceder por el Servicio de urgencias, para poder ser atendido de la manera más correcta, cercana y personalizada posible. El proyecto se inició en Junio del 2018. Una vez informado el personal del servicio, se anotó en un cuaderno cada consulta realizada, con motivo de consulta, exploraciones y pruebas complementarias realizadas, diagnóstico clínico al alta y opinión del paciente/familia sobre el programa y la atención recibida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante este período se han reclutado 10 pacientes con patología crónica en seguimiento en nuestro servicio, susceptibles de formar parte de nuestro programa.

- El paciente 1, es un paciente con Encefalopatía hipóxico-isquémica y epilepsia refractaria. Ha sido valorado en 8 ocasiones, 2 de ellas por fiebre, 2 de ellas por infección respiratoria, y otras 4 en relación a crisis convulsivas.
- El paciente 2, es un paciente con Bicitopenia (trombopenia y Neutropenia) de etiología no filiada, actualmente en tratamiento con Micofenolato oral. En este período de tiempo ha sido valorado en 6 ocasiones, 2 de ellas por astenia, 1 por hematomas y epistaxis, 1 por síndrome febril y otras 2 por cefalea.
- El paciente 3, es un paciente con Síndrome de QT largo congénito. Ha sido valorado en 4 ocasiones, 2 por síndrome febril y 2 por broncoespasmo y dificultad respiratoria.
- El paciente 4, paciente con diagnóstico de síndrome nefrótico en Julio de 2018, ha acudido en múltiples ocasiones por haber presentado 2 recaídas en contexto de infección respiratoria, precisando de control cercano hasta negativización de proteinuria.
- El paciente 5, paciente con síndrome nefrótico corticodependiente en seguimiento en la Unidad de Nefrología de Hospital Infantil Miguel Servet. Ha precisado 2 interconsultas, ambas en relación a infecciones respiratorias de vías bajas.
- El paciente 6, paciente con diagnóstico de fibrosis quística, ha acudido en 2 ocasiones, ambas en relación a infecciones respiratorias.
- El paciente 7, paciente con diagnóstico de fibrosis quística, ha sido valorado en 7 ocasiones, 5 de ellas en contexto de infección respiratoria y 2 por gastroenteritis aguda.
- El paciente 8, paciente con diagnóstico de Trombopenia inmune primaria ha sido valorada en 3 ocasiones, 2 de ellas por cefalea y otra por hematomas y petequias.
- El paciente 9, paciente con atresia de esófago intervenida de período neonatal, anorexia, disfagia y retraso ponderoestatural. Valorada en 5 ocasiones, 1 por infección respiratoria, 2 por rechazo de la alimentación y 2 por episodio de vómitos autolimitado.
- El paciente 10, paciente con síndrome de West, epilepsia de difícil control y retraso psicomotor. Ha acudido al Servicio en 12 ocasiones para completar tratamiento de Síndrome de West con ACTH intramuscular. Además fue valorada otras 4 veces por infección respiratoria de vías bajas y otras 3 por crisis convulsivas.

Comentado con el personal del servicio y las familias de los pacientes, la respuesta ha sido favorable. El personal se ha involucrado realizando la atención más adecuada en cada momento, detectando las necesidades del paciente y la familia, intentando complementarlas y apoyarlas en lo posible. La familia y el paciente se encuentran satisfechos con la atención, tienen confianza en el personal, agradecen la atención recibida y el seguimiento personalizado y cercano ofrecido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El personal del Servicio ha recibido con satisfacción el proyecto realizado. Lo ha implementado con delicadeza y ganas de llevarlo a cabo. La atención ha sido buena. Se ha potenciado la flexibilidad en los horarios y la atención para facilitar la conciliación familiar y laboral de paciente y familia. Todo el equipo está con un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0989

1. TÍTULO

ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

gran refuerzo positivo por la buena acogida de las familias, para continuar con el proyecto. Es un proyecto que sólo depende de las ganas de trabajar de nuestro personal por mejorar la atención y la calidad de vida de nuestros pacientes y familias, y de eso nunca faltará en nuestra planta, la primera planta de nuestro Hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/989 ===== ***

Nº de registro: 0989

Título
ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
ALIJARDE LORENTE ROBERTO, REUS ANTON CARMEN, MARTIN MARTIN CONCHA, VICENTE MONFORTE PILAR, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL, MARTIN RUIZ NURIA, BENITO COSTEY SILVIA BEATRIZ, SANCHEZ MARCO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Niños incluidos en programa de Cuidados Paliativos o con patología crónica que presentan necesidades/cuidados especiales
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el año 2017 se ha puesto en marcha una nueva Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos de referencia para toda la Comunidad de Aragón. Los cuidados paliativos se basan en mejorar la calidad de vida de los niños y familias que se enfrentan a enfermedades potencialmente mortales, intentando dar respuesta a problemas físicos, psicosociales o espirituales. Los pacientes incluidos en el programa de Cuidados Paliativos Pediátricos, y otros pacientes que presentan enfermedades crónicas (enfermedades oncológicas, hematológicas, neurodegenerativas, metabólicas, cardiopatías congénitas) con necesidades y cuidados especiales, y sus familias, requieren un abordaje multidisciplinar. Las enfermedades pediátricas constituyen un amplísimo abanico de entidades, que incluyen enfermedades raras. Algunas con pronóstico de muerte prematura, que pueden alargarse en el tiempo y ocasionar un cuidado paliativo largo con el consiguiente desgaste físico y emocional para niños, familiares y personal sanitario. Estos pacientes y sus familias suelen ser habituales en centros sanitarios con múltiples consultas en las diferentes subespecialidades, ingresos hospitalarios, pruebas complementarias y asistencias a los servicios de urgencias hospitalarias. Sabemos que los niños y sus familias se sienten insatisfechos con el personal sanitario respecto a la comunicación sobre el pronóstico, tratamiento y otros aspectos de la enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es mejorar la asistencia del paciente pediátrico con necesidades y cuidados especiales en el Servicio de Pediatría, facilitando la entrada y llegada a nuestro servicio, disminuyendo tiempos de espera en Servicio de Urgencias, realizando los tiempos de espera, valoración, exploración física, exploraciones complementarias y tratamientos necesarios en un ambiente confortable y familiar, por personal sanitario especializado y conocido en nuestro Servicio, estando a la disposición del personal de atención primaria o a las necesidades del paciente/familia en cada momento.

MÉTODO
El número de pacientes pediátricos incluidos en el programa de cuidados paliativos, o considerados como pacientes crónicos con necesidades especiales, en el Sector Sanitario de Teruel, no es elevado. Estos pacientes son, generalmente, pacientes de evolución crónica, en seguimiento desde los primeros síntomas, incluso antes de su diagnóstico, y conocidos en el Servicio por todo el Personal sanitario. Los niños y sus familias, encuentran en nosotros un ambiente confortable, familiar, de confianza. Algunos de ellos presentan retraso psicomotor, otros están en tratamiento por su enfermedad oncológica o pueden presentar inmunodepresión en el contexto de su enfermedad hematológica. A todos ellos se les informa y facilita la asistencia en el Servicio de Pediatría, llegando directamente a el o, si entran a través del Servicio de Urgencias, intentando disminuir tiempos de espera en el y facilitando una rápida valoración y asistencia en nuestro Servicio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0989

1. TÍTULO

ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

INDICADORES

- Número de pacientes incluidos en el programa de cuidados paliativos o con necesidades especiales, valorados en el Servicio de Pediatría.
- Tiempo desde la llegada al Hospital hasta la asistencia
- Motivo de consulta.
- Exploraciones Complementarias
- Diagnóstico al alta. Ingreso hospitalario

DURACIÓN

- Enero a Abril 2018: Revisión de pacientes y puesta en común con personal del Servicio.
- Junio 2018: Inicio del proyecto

OBSERVACIONES

Si a su llegada al Servicio de Urgencias el paciente presenta un triángulo de evaluación pediátrica inestable, será estabilizado priorizando el ABCDE sobre el traslado a nuestro Servicio.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0031

1. TÍTULO

ADAPTACION IDIOMATICA DE LA INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE CELIACO PEDIATRICO

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MUÑOZ LEON MERCEDES PILAR
MARTIN RUIZ NURIA
BENITO COSTEY SILVIA
ALIJARDE LORENTE ROBERTO
SANCHEZ MARCO SILVIA
ADAN LANCETA VICTOR
MARTIN-CALAMA VALERO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se llevó a cabo una reunión con la Asociación de Celiacos de Aragón (Teruel) para conocer la percepción de necesidades antes de desarrollar estos textos y consensuar su contenido.
- Se desarrolló un texto con toda la información que se consideró básica para el paciente celiaco en el momento de su diagnóstico: descripción de la enfermedad, explicación del diagnóstico, clínica y complicaciones, tratamiento y pronóstico.
- Se incluyó en el texto la forma de realizar la dieta sin gluten.
- Se escribieron estos textos en: castellano, inglés, urdu, árabe y rumano.
- Se colgaron todos ellos en la intranet del Sector Teruel (para su empleo en atención primaria y especializada) y se hizo llegar a la Asociación de Celiacos para su empleo por ellos.
- Se han distribuido estos textos entre los pacientes pediátricos de nuevo diagnóstico y aquellos pacientes ya diagnosticados que presentaban barrera idiomática relevante o dificultades en el control de su enfermedad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Desde la consulta de Gastroenterología pediátrica se han repartido los siguientes textos en aproximadamente 6 meses: 12 en castellano, 7 en árabe, 3 en urdu, 2 en rumano.
- Se ha observado que 2 pacientes de habla urdu y 2 de habla árabe que presentaban un control muy irregular de su enfermedad han mejorado claramente los resultados analíticos.
- En los pacientes recién diagnosticados, la entrega de esta información por escrito permitió afrontar inicialmente su enfermedad de una manera más comprensible y sencilla, además de poder difundir fácilmente esta información entre el resto de la familia y entorno.
- En una encuesta hecha en el control siguiente a la entrega: el 100% de los padres consideraron "muy positiva" la entrega de esta información al diagnóstico, que consideraron "muy comprensible" en más del 90% y con contenidos "suficientes" en más del 90%.
- No ha podido realizarse el recuento de textos entregados por parte de otros colectivos: atención primaria, asociación de celiacos...

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La entrega de información al diagnosticar a un paciente de una enfermedad crónica que requiere un manejo específico es muy útil para poner al paciente y su familia en un contexto adecuado y facilitar la comprensión de la enfermedad y mejorar el tratamiento.
- Vivimos en una realidad social multicultural en la que debemos adaptar los medios de que disponemos al entorno en la medida de lo posible, por lo que la adaptación idiomática de estos recursos informativos puede resultar muy útil en estos sectores de la población, incluso mejorando el manejo de estas patologías.
- Con el tiempo, deberemos adaptar estas hojas informativas a los cambios que se produzcan en el manejo y la información de la enfermedad celiaca, de forma que deben ser un recurso dinámico y en constante evolución.
- En el futuro, planteamos el interés que podría tener desarrollar recursos similares para otras situaciones y patologías, tanto en el ámbito pediátrico como en adultos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/31 ===== ***

Nº de registro: 0031

Título
ADAPTACION IDIOMATICA DE LA INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE CELIACO PEDIATRICO

Autores:
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL, MUÑOZ LEON MERCEDES PILAR, MARTIN RUIZ NURIA, BENITO COSTEY

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0031

1. TÍTULO

ADAPTACION IDIOMATICA DE LA INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE CELIACO PEDIATRICO

SILVIA, ALIJARDE LORENTE ROBERTO, SANCHEZ MARCO SILVIA, ADAN LANCETA VICTOR, MARTIN-CALAMA VALERO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cuidados en pediatría
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad celíaca es una patología frecuente en nuestro medio, ya que se calcula que entre el 1-1.5% de la población podría padecerla. El mayor conocimiento sobre la enfermedad y la accesibilidad de las pruebas han permitido que el diagnóstico cada vez se lleve a cabo en edades más tempranas. El pronóstico, las complicaciones y la evolución de la enfermedad dependerán de que los pacientes sigan una dieta sin gluten estricta de la forma más adecuada posible. Para ello, es imprescindible que los pacientes y sus familias sepan en qué consiste la celiaquía, entiendan las consecuencias de un mal control y aprendan a llevar una adecuada dieta sin gluten. Esto es muy complicado en aquellos pacientes con una barrera idiomática importante que impida una adecuada comunicación paciente-facultativo. Todo esto conlleva un mal control que deriva en complicaciones, persistencia de la sintomatología, estrés familiar y de forma más indirecta en gasto sanitario derivado de tratamientos y pruebas repetidas para monitorizar estas situaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

-Acercar la información en términos comprensibles a todos los colectivos, rompiendo la barrera idiomática que impide una correcta adhesión al tratamiento por falta de comprensión, con los consiguientes fallos y lagunas.
-Visibilizar una realidad cambiante en cuanto a nuevos perfiles de pacientes con motivo de los flujos migratorios que forman parte del cupo de pacientes de nuestro sector sanitario.
-Gesto solidario hacia colectivos más frágiles que por sí mismos no tienen capacidad para traducir los datos que se les facilita desde el sistema, y utilizan para ello vías incorrectas que provocan errores en la información y en consecuencia, en su aplicación.
-Garantizar que el grueso de pacientes va a recibir una información clara, precisa, objetiva, actualizada y en su lengua materna, con una traducción oficial.
-Romper las interferencias en la comunicación de instrucciones y consejos entre paciente pediátrico (y su familia/ contexto) y facultativo (sistema sanitario).
-Facilitar al resto de profesionales sanitarios una herramienta muy útil para difundir entre sus pacientes, dado que va a quedar disponible en la intranet del Sector Sanitario Teruel.

MÉTODO

Se pretende crear un documento en castellano que contenga la información básica que debe recibir un paciente celíaco en el momento del diagnóstico, y que contenga la siguiente información:

- Definición y concepto de celiaquía.
- Formas de diagnóstico en edad pediátrica.
- Seguimiento, enfermedades asociadas y complicaciones derivadas de la enfermedad.
- Lista de alimentos con gluten y sus diferentes formas de presentación.
- Alimentos sin gluten. Explicación sobre los principales logotipos que hacen referencia a que un producto está libre de gluten.
- Contaminación cruzada y como evitarla.

Se traducirá este texto a los idiomas correspondientes a las etnias más prevalentes en el sector: árabe, rumano, urdu e inglés (idioma internacional).

Este documento estará accesible en la intranet del sector, y se pondrá especialmente a disposición de:

- Pacientes celíacos y sus familias, adaptando el idioma del texto al que mejor dominen.
- Pediatras de atención primaria y de Hospital que controlen pacientes celíacos.
- Equipo de Orientación Psicospedagógico de Educación Infantil y Primaria que corresponde a nuestro sector.
- Asociaciones de salud vinculadas a la celiaquía.

INDICADORES

- Se hará un recuento del número de pacientes que reciben este texto en la consulta de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Obispo Polanco. Se contabilizarán fundamentalmente los pacientes con mal control actual de su enfermedad y nuevos diagnósticos.
- Se comprobará la evolución (mediante marcadores clínicos y analíticos) de aquellos pacientes con mal entendimiento del castellano, que hasta ahora han llevado un mal control de su enfermedad.
- Se comprobará la evolución clínica y analítica de aquellos pacientes de nuevo diagnóstico.
- Se realizará una breve encuesta de satisfacción a los pacientes que reciban la información en lengua extranjera.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0031

1. TÍTULO

ADAPTACION IDIOMATICA DE LA INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE CELIACO PEDIATRICO

Realizar el texto en Febrero 2019.

Traducción del texto en castellano a los idiomas propuestos (Marzo-Abril 2019).

Posteriormente se comenzará a repartir la información y recoger indicadores para monitorizar el rendimiento del proyecto mediante los indicadores descritos

OBSERVACIONES

Si el proyecto es efectivo, podría extenderse a otros sectores sanitarios en un futuro.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0179

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO PARA PADRES

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE SILVIA BENITO COSTEY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ADAN LANCETA VICTOR
HERRERO CRESPO MARIA ELENA
CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA
VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA
ARMENGOD MARZO MARIA JOSE
COSCOLLAR ESCARTIN IRENE
AREVALO MARTINEZ INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un análisis de las visitas más frecuentes al servicio de urgencias y en los centros de salud por aspectos relacionados con los cuidados y aspectos básicos del recién nacido durante el primer mes de vida. De igual modo se han observado las situaciones que generan mayor ansiedad a los padres y familiares de los recién nacidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha encontrado que el principal motivo de preocupación de los padres y de consulta es el llanto del recién nacido, con exploración física y exploraciones complementarias dentro de la normalidad y con diagnóstico de niño sano al alta. Otro motivo habitual de consulta está relacionado con el hábito deposicional del recién nacido, tanto por exceso como por defecto, con ausencia de patología en la mayoría de las situaciones, salvo un diagnóstico de enfermedad de Hirsprung con clínica de ausencia de deposición durante 10 días y dos gastroenteritis agudas que cursaban con deposiciones diarreicas acompañadas de vómitos y febrícula. La tercera causa de consulta son los exantemas cutáneos en recién nacidos, todos ellos fisiológicos sin haberse demostrado patología en ninguno de ellos. Frecuentemente se reciben consultas a urgencias por cambios en la coloración de la orina del recién nacido, siendo estas normales en todos los casos. El sueño y el ritmo circadiano del recién nacido también son motivos frecuentes de consulta por la diferencia con el sueño del niño mayor o del adulto. Existen otros motivos de consulta como el estado del cordón umbilical y la ictericia del recién nacido que también son dignos de mencionar por su frecuencia. También se ha observado un uso creciente de recursos en internet por parte de los padres de los recién nacidos y sus familias, no teniendo éstos soporte científico en la mayoría de los casos, lo que puede dar lugar a confusiones o suscitar errores en el manejo del recién nacido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha elaborado un manual del recién nacido para padres tomando como base los motivos de consulta y de preocupación paterna más frecuentes explicados en el apartado previo. En dicho manual se han recogido también otros temas de interés para los cuidados del recién nacido sano. El contenido del manual es el siguiente:

1. Lactancia materna:

Tras el parto se observará que en el pecho se produce calostro en pequeñas cantidades. Vuestro bebé tiene el estómago del tamaño de una cereza y esa cantidad de calostro es todo lo que necesita. Podrás ofrecerle el pecho a demanda. La duración de cada toma también la establece el bebé. Hay que ofrecerle el pecho cada vez que muestre signos de hambre (abrir la boca, chuparse los puños, buscar y girar la cabeza...), antes de que empiece a llorar desconsoladamente, puesto que podría ser más difícil calmarlo y conseguir un agarre correcto al pecho. Por otro lado si el bebé está dormido es preciso despertarlo para que realice las tomas aproximadamente cada 3 horas durante los primeros días.

Una correcta posición de la madre y del bebé son clave para una lactancia materna eficaz. La nariz del recién nacido tiene que estar a la altura del pezón para que extienda ligeramente el cuello. Además, debe coger un buen trozo de areola (no solo el pezón), y mamar con la boca muy abierta y los labios hacia afuera. También es importante, que tenga la cabeza y el cuerpo alineados y que el recién nacido mantenga un estrecho contacto contigo "ombligo con ombligo". Hay que evitar que la cabeza del bebé esté girada o flexionada durante la toma.

Es recomendable evitar tetinas y chupetes especialmente al principio, ya que pueden confundir a vuestro bebé. Es importante que acudáis al Centro de Salud tras el alta, para observar la evolución de la lactancia, y resolver vuestras dudas.

Muy pocas medicinas, enfermedades maternas u otros motivos contraindican la lactancia materna. Podéis consultar su compatibilidad con vuestro pediatra o en esta web: www.e-lactancia.org.

2. Lactancia con fórmula adaptada:

Cuando se decida llevar a cabo la alimentación con leche de fórmula, deberá emplearse durante los primeros 6 meses una fórmula de inicio o tipo 1.

¿Qué agua emplear para preparar el biberón? Preferentemente debería emplearse agua envasada.

¿Qué biberón puedo usar? El biberón puede ser de cualquier material mientras esté homologado. La tetina puede ser redonda o plana.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0179

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO PARA PADRES

¿Debo esterilizar el biberón? En condiciones higiénicas habituales en España, es suficiente con lavar los biberones con agua y jabón.

¿Cómo preparar el biberón con fórmula en polvo?

- Asear las manos.
- Hasta los 9-12 meses de vida deberíamos hervir el agua durante 1 minuto.
- Añadir la fórmula en polvo al agua, con la proporción de un cazo por cada 30 ml de agua.
- Agitar hasta que la fórmula se disuelva por completo en el agua, sin quedar grumos.
- Ofrecer el biberón al niño. No debe darse el biberón con el niño dormido, podría atragantarse.
- Se recomienda consumir la leche nada más prepararla para evitar la contaminación por bacterias. Si se va preparar la fórmula fuera de casa es mejor no llevarla preparada, sino llevar el agua y la leche por separado y prepararlo en el momento.

¿Qué cantidad debe tomar el bebé?

La cantidad de leche es variable entre cada niño y en las diferentes tomas. Durante los primeros 10-14 días lo habitual es que exista una tendencia a aumentar la cantidad de leche por toma de forma casi diaria.

3. Situaciones fisiológicas del recién nacido:

a) Exantema cutáneo y dermatitis seborreica

Pueden aparecer en la piel durante los dos primeros días de vida una serie de granitos con un halo rojizo y un punto blanquecino en su interior. Se trata de un exantema normal en los recién nacidos, que no entraña problemas ni preocupación.

Además, hacia las 2 semanas de vida en vuestro bebé se puede observar dermatitis seborreica. Se trata de unas manchas escamosas ligeramente rojas o amarillentas grasientas. No suele provocar picazón ni malestar, por eso inicialmente no se recomienda tratamiento.

b) Ojos y vista

Es frecuente encontrar secreción blanquecina en los ojos. No se trata de una infección. Los recién nacidos no tienen completamente permeable el conducto del canto interno de cada ojo cuya función es drenar las lágrimas y secreciones. Se recomienda masajear de forma suave con el dedo meñique y limpiar la secreción ocular con suero fisiológico. Vuestro bebé puede ver, pero no es capaz de enfocar con precisión a diferentes distancias. El recién nacido fija la mirada en rostros cercanos. Progresivamente irá enfocando de forma más precisa. En torno al mes de vida el bebé ya fija la mirada.

c) Estornudos y mucosidad

Los estornudos son un mecanismo normal de limpieza de las fosas nasales. No indican que el niño este acatarrado. Los ruidos de moco en la nariz también son normales.

d) Temblores y sobresaltos

Es normal que vuestro bebé presente alguna sacudida ocasional de extremidades "como si se asustara" así como temblores de corta duración. Si persisten más allá del mes, son muy prolongados o muy frecuentes podéis consultar a vuestro pediatra.

e) Deposiciones

Los primeros 2-3 días son oscuras y se denominan meconio. Posteriormente en niños alimentados al pecho serán amarillentas, líquidas, con grumitos y a veces con burbujas de gas. El número es variable desde una deposición cada toma a una cada 2 días o más. Si vuestro recién nacido es alimentado con leche de fórmula las deposiciones suelen ser más pastosas y menos frecuentes pero no duras. Si las heces son muy duras, el abdomen está distendido y el recién nacido lleva varios días sin deposición o vomita, es recomendable acudir a su médico.

f) Orina

La orina de los bebés contiene una sustancia llamada Uratos que cuando se secan en el pañal dan una tonalidad rojiza, anaranjada o sonrosada. Esto no debe confundirse con sangre. Es completamente normal en un recién nacido.

g) Regurgitaciones

Tras la toma o el eructo el bebé puede expulsar un poco de leche, a esto se le denomina reflujo. Si el bebé está alegre, gana peso y los vómitos no son continuos se considera una situación normal. En caso contrario se puede consultar al pediatra.

h) Fiebre

La temperatura normal de un bebé varía entre 36° y 37,5°. Consideraremos fiebre a partir de 38°. Vuestro recién nacido no debería tener fiebre. Si supera los 38° y si se encuentra decaído o presenta mal color es recomendable acudir inmediatamente a un servicio de urgencias.

4. Piel con piel y método canguro:

El contacto piel con piel temprano inmediatamente después del parto permite al bebé mantenerse en contacto con la piel de la madre. El contacto piel con piel también puede ser posteriormente al parto y entre el padre y el bebé y también puede realizarse aunque el niño reciba alimentación con fórmula adaptada.

Se ha demostrado que el contacto piel con piel proporciona los siguientes beneficios:

- Calma y relaja tanto a la madre como al bebé tras el parto.
- Favorece la recuperación postparto de la madre.
- Ayuda a vuestro bebé a adaptarse a la vida fuera del útero tras el parto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0179

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO PARA PADRES

- Regula la temperatura, frecuencia cardíaca y la respiración del bebé.
- Estimula la liberación de hormonas que ayudan la lactancia materna.
- Estimula una alimentación temprana.
- Permite la colonización de la piel del recién nacido con las bacterias beneficiosas de la madre, lo que proporciona protección contra infecciones.
- Estimula la digestión de vuestro bebé pudiendo disminuir el riesgo de cólicos del lactante.
- Ayuda a proporcionar un mayor periodo de sueño y de mejor calidad.
- Refuerza el vínculo afectivo y emocional con vuestro bebé.
- Favorece un mayor desarrollo del cerebro a nivel cognitivo y ejecutivo.

5. Cuidados del cordón umbilical:

El cordón umbilical es la estructura que durante la gestación conecta al niño con la placenta de la madre permitiendo el paso de nutrientes. Una vez ha nacido el bebé éste se secciona y se coloca una pinza cercana a la piel. Inicialmente es de color blanquecino o amarillento y de consistencia gelatinosa. Progresivamente se va tornando negrozco y se va secando hasta que se cae quedando solo la piel. El cordón umbilical no duele. Se debe procurar mantenerlo siempre limpio y seco para favorecer la caída y prevenir infecciones. Los productos más extendidos para la cura del cordón umbilical han sido el alcohol de 70° y la clohexidina, aunque recientemente se ha postulado el uso de agua y jabón o dejar secar al aire sin ningún producto adicional. Lo más importante es mantener seca la zona del cordón umbilical para evitar el retraso en la caída del mismo o complicaciones. Mientras el cordón umbilical no se haya desprendido es conveniente no sumergir al bebé en agua para bañarlo.

Los siguientes signos suelen ser motivos de visita al pediatra y se debería acudir si aparecen:

- Mal olor en la región del cordón.
- Enrojecimiento o hinchazón en el cordón o en la piel del abdomen que lo rodea.
- Presencia de secreción purulenta.
- Un sangrado mínimo puede ser normal pero no si es en exceso.
- Aparición de fiebre o de mal estado general del bebé.
- Retraso en la caída del ombligo posterior a los 15-20 días de vida.

6. Ictericia fisiológica del recién nacido:

Coloración amarillenta de piel y mucosas (ojos, lengua y encías), ocasionada por la impregnación de la piel por la bilirrubina. Se trata de algo muy frecuente en los recién nacidos por dos motivos: los recién nacidos fabrican más bilirrubina que los adultos y el hígado de un recién nacido todavía se está desarrollando y puede no ser capaz de eliminar tanta cantidad de bilirrubina.

La ictericia suele aparecer alrededor del segundo o tercer día de vida. La piel se suele empezar a poner amarillenta primero en la cara, luego en el pecho y el abdomen y, por último, en las piernas. La ictericia también puede hacer que el blanco de los ojos (escleróticas) del bebé adquieran una tonalidad amarillenta. Es importante que el pediatra evalúe su ictericia unos días después. Los padres también podéis fijaros en la piel de vuestro bebé para detectar la ictericia.

La mayoría de los casos de ictericia neonatal no requiere tratamiento. Para los niveles altos de bilirrubina, se puede utilizar la fototerapia, un tratamiento con una lámpara especial que ayuda al cuerpo a eliminar la bilirrubina. No está demostrado que la exposición al sol ayude a descender las cifras de bilirrubina en sangre.

Se debe consultar al pediatra o médico de atención primaria si:

- El bebé tiene ictericia durante las primeras 24 horas de vida.
- La ictericia se está extendiendo, oscureciendo o intensificando.
- El bebé tiene una temperatura mayor a 37,8° C.
- El bebé tiene mal aspecto y/o se comporta como si se encontrara mal.
- El bebé no succiona adecuadamente del pecho o del biberón.
- El bebé se encuentra más somnoliento que de costumbre.

7. Llanto del recién nacido:

Ningún bebé habla, pero todos lloran, y lo hacen nada más nacer. En el mismo momento en que se coloca al niño recién nacido en los brazos de su madre empieza la comunicación: tacto, mirada, sonidos... Todo sirve para transmitir al bebé que su madre está ahí y a la madre para aprender a conocer a su hijo. El llanto de un bebé tiene muchos propósitos. El llanto comunica y transmite sensación de malestar, dolor, molestias a estímulos ambientales, frío, calor, hambre, sed, aburrimiento o descontento, tal como ocurre cuando es separado de su madre. El llanto forma parte del desarrollo normal de los niños. Durante los primeros 3 meses de vida, los bebés lloran una media de 2 horas al día, con un aumento del número y duración de los episodios de llanto hasta las 6-8 semanas de vida, que después va disminuyendo.

¿Cuáles son las causas más habituales del llanto de un bebé?

- Necesidades fisiológicas: hambre, sueño, frío, pañal sucio, necesidad de estar en brazos. Llorar es la forma que tiene vuestro bebé de atraer vuestra atención. En estos casos vuestro bebé se tranquilizará si se satisfacen sus demandas.

- Cólicos del lactante: es un llanto intenso de al menos 3 horas al día, 3 días a la semana durante al menos 3 semanas en un bebé sano y bien alimentado. Son episodios de llanto inconsolable, que se producen predominantemente por la tarde, y van acompañados de enrojecimiento facial, puños cerrados, distensión abdominal, flexión de piernas sobre abdomen e hiperextensión de la espalda al estar en brazos. En países donde los niños están en contacto continuo con el cuerpo de sus madres y son amamantados a demanda se observa una duración mucho menor de los episodios de llanto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0179

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO PARA PADRES

- Algunos problemas de salud: menos de 5% de los episodios de llanto son debidos a enfermedades. En estos casos, además del llanto excesivo, suele haber otros síntomas asociados. Pueden ser: intolerancia a la proteína de leche de vaca o a la lactosa, estreñimiento, reflujo gastroesofágico, torsión de testículo, hernia inguinal, algunas infecciones como la otitis o la infección urinaria.

¿Cuándo se recomienda consultar con el pediatra?

En caso de llanto inconsolable que asocia otros síntomas o comportamientos no habituales como irritabilidad, fiebre, vómitos, hernia que no se consigue reducir.

¿Cómo se trata el llanto del bebé?

La única medida que parece ser eficaz es vuestra respuesta al llanto del bebé: conocer el patrón del llanto, responder con prontitud, alimentar con lactancia materna a demanda y favorecer el contacto físico, cogiendo al bebé en brazos a menudo y, sobre todo, durante el llanto. Es fundamental que os encontréis calmados, para así transmitir al bebé esa tranquilidad. Se debe evitar zarandear al niño.

8. Sueño del recién nacido:

Cada bebé, tiene un patrón de sueño diferente. Tras el nacimiento los niños duermen unas 16-18 horas, disminuyendo progresivamente conforme el niño se va haciendo más mayor. Presentan despertares frecuentes, cada 1-3 horas. No es fácil saber cuando vuestro bebé va a dormir "del tirón". Cada niño lo hará a una edad diferente, aunque más o menos, a los 3 años, suelen dormir toda la noche sin despertares.

La forma de dormir a un bebé, es una decisión que toma cada familia, según sus necesidades. Hay familias que deciden compartir cama con sus hijos (colecto), bien en una cuna sidecar o bien en su misma cama y otras que prefieren que duerma en su propia cuna.

Es importante que vuestro bebé vaya distinguiendo entre la noche y el día. Por la noche es bueno que el ambiente sea tranquilo, sin ruido y sin luz, y que aprenda a conciliar el sueño tras los despertares nocturnos. Por el día, las siestas diurnas deben ser con luz y con los ruidos habituales de una casa.

9. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante:

El síndrome de muerte súbita del lactante se define como "la muerte repentina de un niño menor de un año sin causas aparentes y a la cual no se encuentra explicación".

La mayor parte de los casos ocurren entre la medianoche y las 9 de la mañana, durante el sueño. También hay más casos en los meses fríos y húmedos.

Consejos para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante:

- Colocad a vuestro bebé "boca arriba" en la cuna, ni boca abajo ni de lado.
- Su cuna debe ser un lugar seguro para dormir:
- Evitad que la ropa (sábana, colcha...) cubra su cabeza.
- El colchón debe ser firme.
- No coloquéis almohadones ni peluches.
- Los protectores de la cuna deben estar bien fijados.
- Temperatura entre 20-22°C y no abrigarlo en exceso.
- La lactancia materna tiene un efecto protector frente al síndrome de muerte súbita del lactante.
- Evitar cohecho en:
 - Lactantes menores de 3 meses.
 - Prematuros y de bajo peso al nacimiento.
 - Situaciones de cansancio extremo.
 - Padres que han consumido tabaco, alcohol, drogas o fármacos sedantes.
 - Sofás, superficies blandas, colchones de agua.
 - Camas compartidas con otros niños o personas.
- Ofreced chupete para dormir, una vez que la lactancia materna esté bien establecida. Si el bebé no lo quiere, no forzarlo.
- Evitar tabaco.
- Vacunación correcta.

10. Recursos en internet:

Estamos rodeados de infinidad de fuentes de información, por lo que es normal consultar temas de salud. Se enumeran un grupo de recursos informativos recomendables.

- Familia y salud. <http://www.familiaysalud.es/>
- En familia. <http://enfamilia.aeped.es/>
- Zona de padres de la SEPEAP
- e-lactancia. Web de consulta sobre compatibilidad de fármacos y otros productos con la lactancia materna. <http://www.e-lactancia.org/>
- Mamar. La webica. Divulgación de conocimientos sobre lactancia materna. <http://www.elgipi.es/lawebica.htm>
- Hojas informativas de la SEUP. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. <https://seup.org/padres/>
- Área familias de Comité Asesor de Vacunas - AEP. Existe información detallada de cada una de las vacunas. <http://vacunasaeop.org/familias>
- Dos pediatras en casa. Es un blog creado por una pareja de pediatras, Elena Blanco y Gonzalo Oñoro. <https://dospediatrasencasa.org/>
- Diario de una mamá pediatra. Blog creado por Amalia Arce, pediatra. <https://www.dra-amalia-arce.com/>
- Lucía, mi pediatra. Archiconocido blog, creado hace unos años por Lucía Galán. <https://www.luciamipediatra.com/>
- Neuropediatra.org. Blog creado por la pediatra especializada en Neurología Infantil, María José Mas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0179

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO PARA PADRES

<https://neuropediatra.org/>

7. OBSERVACIONES.

Se trata de una memoria de seguimiento porque permanece pendiente la entrega de este manual de recién nacidos a los padres y familias de los recién nacidos de maternidad del Hospital Obispo Polanco y la valoración de la disminución de la ansiedad materna y paterna y de las consultas a urgencias por los motivos previamente mencionados en el apartado resultados.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/179 ===== ***

Nº de registro: 0179

Título
REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO (RN) PARA PADRES

Autores:
BENITO COSTEY SILVIA, ADAN LANCETA VICTOR, HERRERO CRESPO MARIA ELENA, CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA, VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA, ARMENGOD MARZO MARIA JOSE, COSCOLLAR ESCARTIN IRENE, AREVALO MARTINEZ INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: Uso racional del servicio de urgencias, mejora de la información al usuario

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el primer mes de vida de un RN suceden cambios normales y que no suponen un riesgo para el bebé. Sin embargo, en ocasiones, estos cambios y otros aspectos de RN como los cuidados básicos, generan ansiedad y preocupación en los padres. Esto tiene como consecuencia un número elevado consultas en el servicio de urgencias y en los CS por aspectos relacionados con los cuidados y aspectos básicos del RN durante el primer mes de vida.

A pesar de realizar una cuidadosa exposición verbal a los padres en la consulta prenatal realizada previamente al parto y durante el ingreso en maternidad las primeras 48 horas de vida del RN donde además se resuelven las dudas inmediatas, son momentos en los que la emoción por el nacimiento de un hijo y, el desconocimiento de todo lo que sucederá después hacen que la información transmitida de forma verbal y las dudas consultadas sean insuficientes y probablemente olvidadas posteriormente.

Para intentar mejorar la situación descrita se propone la realización de un manual para padres donde quede detallado por escrito los cuidados básicos que precisa un recién nacido y otros aspectos de su desarrollo y cambios que pueden observar durante el primer mes de vida. Se pretende especificar de forma más detallada cuales de estos cambios se encuentran dentro de la normalidad y cuales serían signos de alarma que obligarían a consultar en un servicio de urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es explicar y resolver por escrito todas las dudas que pueden surgir a los padres durante el primer mes de vida de su hijo. De esta forma se pretende disminuir la ansiedad familiar relacionada con los cuidados básicos del recién nacido y los cambios que se pueden observar en el mismo durante la época neonatal. Los padres pueden realizar una lectura del manual durante el ingreso en maternidad y resolver las dudas pertinentes con el personal médico y una vez en domicilio pueden recurrir al manual para comprobar si los cambios que está realizando su bebé se encuentran dentro de la normalidad o por el contrario debe ser atendido por un servicio de urgencias. De este modo, el objetivo secundario es conseguir un uso más racional del servicio de urgencias y de las consultas de pediatría, siendo precisada atención médica solo en los casos en los que se encuentren signos de alarma.

MÉTODO
Para lograr los objetivos se propone la realización de un manual para padres donde quede detallado por escrito los cuidados básicos que precisa un recién nacido y otros aspectos de su desarrollo y cambios que pueden observar durante el primer mes de vida. Se pretende especificar de forma más detallada cuales de estos cambios se encuentran dentro de la normalidad y cuales serían signos de alarma que obligarían a consultar en un servicio de urgencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0179

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MANUAL DE CUIDADOS BASICOS DEL RECIEN NACIDO PARA PADRES

Previamente a la realización del manual se recogerán los motivos de consulta más frecuentes en urgencias o en el centro de salud relacionados con aspectos del cuidado y desarrollo del bebé durante el primer mes de vida, así como los que producen más preocupación familiar. Para ello se propone establecer comunicación entre todos los profesionales que atienden recién nacidos, como miembros del servicio de Maternidad y de Pediatría del hospital, pediatras y matronas del Centro de Salud del Sector Teruel y personal del Servicio de Urgencias, para obtener los motivos de consulta más frecuentes.

INDICADORES

Los indicadores para monitorizar el proyecto se basarán en la mejoría en la preocupación y ansiedad familiar en el contexto explicado de los cambios que se producen durante el primer mes de vida en el recién nacido. Se observará este indicador valorando el descenso de consultas en pediatría o en urgencias hospitalarias y del centro de salud por dichos aspectos del recién nacido.

DURACIÓN

Se explorará inicialmente las dudas más importantes y que puedan generar más preocupación a los padres de recién nacidos ingresados en planta de maternidad y se realizará una búsqueda de los motivos más frecuentes de visitas al servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco y a los Centros de Salud. Posteriormente se elaborará por parte de los Pediatras miembros del Servicio de Pediatría del Hospital Obispo Polanco y Pediatras de Atención Primaria de los Centros de Salud del Sector Teruel un manual de cuidados básicos del recién nacido atendiendo a estas recomendaciones. Para terminar se comprobará la eficacia de dicho manual en cuanto a disminuir la ansiedad y preocupación familiar y por tanto las consultas en Servicios de Urgencias y Centros de Salud por motivos de cuidados básicos y cambios dentro de la normalidad en los recién nacidos durante el primer mes de vida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0294

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DEL RECIÉN NACIDO DE RIESGO AL ALTA HOSPITALARIA: UNA NECESIDAD PARA TODOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ROBERTO ALIJARDE LORENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COTE SAEZ BEGOÑA
FERNANDEZ CAZORLA ESTHER
ESTEBAN CASTILLO MARIA TERESA
VICENTE MONFORTE PILAR
YUSTE MARTIN AMPARO
MAICAS PEREZ ANA BELEN
MARTIN RUIZ NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La puesta en marcha de la consulta de seguimiento del Recién nacido de riesgo al alta de maternidad se inició el 1 de Julio de 2019. Actualmente, en nuestro medio, es habitual realizar alta de maternidad en las primeras 48-72 horas de vida, momento en que el recién nacido se encuentra en pico máximo de pérdida ponderal, momento en que aparecen dudas y dificultades en la instauración de la lactancia materna y momento en el que todavía no se ha alcanzado el pico máximo de hiperbilirrubinemia. Por tanto, en muchos de los recién nacidos, al alta de maternidad, debemos asegurar un correcto seguimiento y apoyo en las siguientes 24-48 horas, seguimiento que muchas veces no puede ser ofrecido desde su centro de atención primaria. Por tanto, el recién nacido, que al alta de maternidad, se recomienda un control en las siguientes 24-48 horas, es citado en nuestra consulta de seguimiento del recién nacido de riesgo al alta de maternidad. Ahí se recibe, se realiza el control necesario, generalmente peso y niveles de bilirrubina, se realiza el apoyo necesario en la correcta instauración de la lactancia materna visualizando cuando es preciso una toma para mejorar técnica y agarre y se resuelven las dudas y problemas que han podido aparecer en las primeras horas en domicilio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En nuestro centro hospitalario, del 1 de Julio al 31 de diciembre, han nacido 232 recién nacidos vivos. De ellos 154 han sido partos eutócicos, 54 cesáreas y 42 partos instrumentados (27 Kiwis, 6 espátulas, 7 ventosas y 2 forceps). De todos ellos han habido 2 partos gemelares y 12 recién nacidos en peso <2500 gr. El 97% de los recién nacidos recibieron el alta en las primeras 48-72 horas de vida de maternidad. De todos ellos, 35 fueron ingresados desde maternidad en planta de pediatría: 7 para seguimiento y tratamiento por riesgo infeccioso con elevación de reactantes de fase aguda, 10 para tratamiento con fototerapia por hiperbilirrubinemia, 12 por pérdida ponderal >10% y dificultades en el inicio de la lactancia y 6 no cumplían criterio de ingreso pero no podían asegurar un correcto control en las siguientes 24 horas con importante lejanía del domicilio al hospital. De los recién nacidos dados de alta desde maternidad a domicilio, un total de 197, el 40 % de ellos, fueron citados en las siguientes 24-48 horas para realizar seguimiento en la consulta. De los 81 pacientes citados en consulta, 40 fueron dados de alta tras la primera cita para realizar seguimiento en atención primaria. De los 41 que precisaron seguimiento, 20 fueron citados más de 2 visitas. Un total de 20 pacientes precisaron de ingreso durante el seguimiento realizado, 2 de ellos por pérdida ponderal y 18 para fototerapia por hiperbilirrubinemia indirecta. De todos los pacientes que precisaron ingreso, el 100% fueron citados en consulta 1 ó más veces para control al alta, de los cuales 3 necesitaron reingresar por hiperbilirrubinemia para tratamiento con fototerapia. Por tipo de parto, fueron visitados en consulta el 22% de los partos eutócicos, el 35% de partos instrumentados y el 59% de cesáreas. Por tipo de Recién nacido, fueron vistos en consulta el 100% de Recién nacidos gemelares y el 100% de los < 2500 gr. Por tipo de alimentación, fueron valorados en consulta 197 recién nacidos, de ellos 5 estaban con lactancia artificial, 120 con lactancia materna exclusiva y 72 con lactancia materna y suplemento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El alta precoz del Recién nacido desde maternidad precisa de un seguimiento en las primeras 24-72 horas. Es preciso poder asegurar ese seguimiento. En nuestro medio, muchas de las poblaciones no presentan atención pediátrica todos los días, y muchas de ellas están cubiertas por médicos de familia y medicina comunitaria que no están familiarizados con el neonato. Además las gestiones y demanda habitual hace que la primera visita desde el centro de salud no pueda realizarse en esas primeras 72 horas tras el alta. Por tanto es de vital importancia nuestra consulta, en nuestro medio, por sus características de despoblación y dispersión, para asegurar un correcto seguimiento del recién nacido, principalmente aquellos que al alta se detecta un riesgo por pérdida ponderal progresiva, hiperbilirrubinemia, nacidos por cesárea, Peso < 2500 gr, gemelaridad, dificultades en instauración de la lactancia materna o regular manejo por parte de los padres y escaso apoyo de familia.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0294

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DEL RECIEN NACIDO DE RIESGO AL ALTA HOSPITALARIA: UNA NECESIDAD PARA TODOS

*** ===== Resumen del proyecto 2019/294 ===== ***

Nº de registro: 0294

Título
PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DEL RECIEN NACIDO DE RIESGO AL ALTA HOSPITALARIA: UNA NECESIDAD PARA TODOS

Autores:
ALIJARDE LORENTE ROBERTO, COTE SAEZ BEGOÑA, FERNANDEZ CAZORLA ESTHER, ESTEBAN CASTELLO MARIA TERESA, VICENTE MONFORTE PILAR, YUSTE MARTIN AMPARO, MAICAS PEREZ ANA BELEN, MARTIN RUIZ NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: RECIEN NACIDO DE RIESGO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los criterios para el alta hospitalaria del recién nacido deben incluir la estabilidad fisiológica y la competencia de la familia en proporcionar los cuidados necesarios en el domicilio, así como garantizar el acceso a los recursos del sistema de salud. La duración de la estancia hospitalaria del binomio madre-Recién nacido ha disminuido progresivamente en las últimas décadas. En la actualidad, en nuestro centro, lo habitual es una estancia hospitalaria del recién nacido sano, nacido por parto vaginal o cesárea, de al menos 48 horas, período que nos permite objetivar la estabilidad fisiológica del recién nacido, su capacidad de inicio de la alimentación, el tránsito intestinal y realizar los cuidados y recomendaciones para el cuidado del recién nacido en su domicilio. La tendencia actual a realizar altas hospitalarias tras las primeras 48 horas de vida hace que debamos garantizar el control y seguimiento en las siguientes 48-72 horas con el fin de poder detectar signos de alarma o dificultades que puedan aparecer. Los principales problemas detectados serán hiperbilirrubinemia, dificultades en la alimentación, pérdida ponderal con deshidratación hipernatrémica y sepsis. En nuestro medio, los principales factores de riesgo de morbilidad neonatal serán: primer hijo, cesárea, complicaciones maternas durante el parto, lactancia materna exclusiva al alta, prematuridad tardía, bajo peso o gemelaridad. Además, nuestro medio tiene varias peculiaridades como distancia al medio hospitalario, población inmigrante, plazas de pediatría de atención primaria no cubiertas por personal con la especialidad homologada, dificultades para conseguir primer control al alta en las primeras 48-72 horas, que dificultan el correcto control y seguimiento que se le debe proporcionar al binomio madre - Recién nacido al alta hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Se propone la creación de una consulta de seguimiento del recién nacido de riesgo que garantice su control y seguimiento en las siguientes 24-48 horas tras el alta hospitalaria.
Población diana: Se podrá beneficiar de este seguimiento todo recién nacido en el Hospital Obispo Polanco de Teruel, dado de alta del servicio de maternidad y que se considere que es preciso un control en las siguientes 24 - 48 horas tras el alta. Será considerado Recién nacido de riesgo:

- Prematuro tardío
- Riesgo de hiperbilirrubinemia grave
- Pérdida ponderal > 10% en recién nacido a término o > 7% en recién nacido pretérmino
- Bajo Peso. CIR. PEG
- Lactancia materna exclusiva no instaurada al alta. Dificultades en la succión.
- Riesgo infeccioso
- Familia con dificultades en el manejo de las necesidades básicas del recién nacido.
- Distocia social
- Dificultades en el correcto control del recién nacido por carecer de consulta de atención primaria en los siguientes días tras el alta.

MÉTODO

Al alta del Servicio de Maternidad, el pediatra entregará un informe de alta en el que conste día y hora de la cita
La revisión del recién nacido se realizará en planta de pediatría, en horario de mañana, por el personal (TCAE, enfermería y pediatra) encargado en ese momento. En esa misma sala, o en la sala de lactancia adyacente, se puede ofrecer a la madre realizar una toma de pecho para comprobar la correcta realización y poder corregir los posibles problemas detectados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0294

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DEL RECIEN NACIDO DE RIESGO AL ALTA HOSPITALARIA: UNA NECESIDAD PARA TODOS

Durante la valoración, se constatará en la base de datos:

- Motivo de consulta
- Centro de Salud al que pertenecen. Localidad de residencia.
- Tipo de Parto
- Tipo de alimentación
- Edad de La madre. Primípara o Multípara
- Procedimientos realizados
- Diagnóstico
- Destino: nueva cita, ingreso hospitalario, alta y control en atención primaria

INDICADORES

Los indicadores a valorar serán:

- ¿Porcentaje de niños dados de alta de maternidad citados en consulta de recién nacido?
- Valorar relación entre cita en consulta del Recién nacido y tipo de lactancia o modalidad de parto.
- Motivo de consulta
- Porcentaje de recién nacidos valorados está con lactancia materna exclusiva
- % de recién nacidos valorados que precisa nueva cita y que precisa ingreso hospitalario.
- De los niños que precisan ingreso hospitalario, ¿cuál es el motivo de ingreso?
- Grado de satisfacción de la familia

Así valoramos la necesidad de seguimiento del recién nacido considerado de riesgo en las primeras 24-48 horas tras el alta y cómo ha sido el funcionamiento de nuestra propuesta.

DURACIÓN

Febrero-Abril 2019: Información al Servicio de pediatría del funcionamiento de la consulta. Realizar base de datos para recogida de información

Mayo 2019: Inicio de recogida de datos y desarrollo de la actividad

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0443

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACION PEDIATRICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE VICTOR ADAN LANCETA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL
BENITO COSTEY SILVIA
ALIJARDE LORENTE ROBERTO
MARTIN RUIZ NURIA
LOPEZ MAS CLARA
LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS
TERRADO PLUMED CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se actualizó el conjunto de las hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología pediátrica más frecuentes en el servicio de Urgencias, que son entregadas y explicadas en el momento del alta del paciente.
-El objetivo fue presentar el conjunto de hojas de recomendaciones en el servicio de urgencias como herramienta de apoyo y valorar el uso de las hojas de recomendaciones realizando una encuesta de satisfacción a padres y acompañantes.

Calendario:

- Entre marzo y abril del 2019 se realizó la redacción de las hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología más frecuente en el servicio de Urgencias del Hospital obispo Polanco.
- En mayo del 2019 se puso en conocimiento del Servicio de Urgencias del conjunto de hojas de información y los objetivos de las mismas.
- A partir de junio del 2019 se entregaron estas hojas informativas a los padres que acudieron por motivos de consulta o patología especificada.
- A partir de octubre de 2019 se realizó el registro aleatorio de los diferentes motivos de consulta objetivando reconsultas e ingresos y se realizaron encuestas de satisfacción a padres y acompañantes.

Las hojas de información actualizadas fueron: bronquiolitis, catarro infantil (IRVA), diarrea infantil, dolor abdominal infantil, estreñimiento infantil, faringoamigdalitis, fiebre sin foco, gripe, laringitis, traumatismo craneoencefálico, urticaria, y vómitos.

Las hojas de información de nueva creación fueron: bronquitis aguda, cámaras, cefalea, cólico del lactante, dolor torácico, espasmos del sollozo, infección del tracto urinario, síncope y varicela.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se actualizaron las hojas de información de bronquiolitis, catarro infantil (IRVA), diarrea infantil, dolor abdominal infantil, estreñimiento infantil, faringoamigdalitis, fiebre sin foco, gripe, laringitis, traumatismo craneoencefálico, urticaria, y vómitos.
- Se crearon las hojas de información de bronquitis aguda, cámaras, cefalea, cólico del lactante, dolor torácico, espasmos del sollozo, infección del tracto urinario, síncope y varicela.
- Al finalizar la consulta en urgencias se hacía entrega de las hojas de información donde se incide en el diagnóstico (etiología, clínica), manejo en domicilio y signos de alarma para acudir de nuevo a urgencias.
-Se registraron de forma aleatoria 10 pacientes por cada motivo de consulta, menos en cólico del lactante (8), estreñimiento (4), espasmos del sollozo (1), síncope (9) gripe (2), varicela (2). Se obtuvo, por tanto, una muestra de 166 pacientes.
-Reconsultaron 27 pacientes (16,2 % de la muestra) y fueron ingresados 4 pacientes (14,8% del total de reconsultas).
-Se realizó una encuesta telefónica a los padres y acompañantes de los pacientes respondiendo a la misma 149 (89,7% de la muestra).
-Se valoró el nivel de utilidad de las hojas de información con las preguntas:
1.- ¿Considera que la hoja de información explica de forma comprensible la enfermedad?
2.- ¿Considera que la hoja de información ayuda en el manejo de la enfermedad en su domicilio?
3.- ¿Considera que la hoja de información establece con claridad los signos de alarma ante los que acudir de nuevo a urgencias?
Se solicitó que valoraran la respuesta del 1 al 10 donde 1 es "no lo considero en absoluto" y 10 "sí completamente".
- Las medias del nivel de utilidad para las preguntas fueron: 1.- 8,2; 2.- 8,4; 3.- 8,7.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Las hojas de información en urgencias son una herramienta valorada como útil por parte de los padres y acompañantes que facilita la comprensión de la enfermedad o motivo de consulta, ayuda en el manejo del paciente en domicilio y proporciona información acerca de los signos de alarma por los que acudir de nuevo a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0443

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACION PEDIATRICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

urgencias.

-La actualización del conjunto de hojas de información se debe realizar de forma periódica para adaptarse a la evolución de los servicios de urgencias y de pediatría.

-Sería recomendable por lo tanto su actualización de forma periódica y su evaluación en cuanto a su utilidad para las familias de nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/443 ===== ***

Nº de registro: 0443

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACION PEDIATRICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
ADAN LANCETA VICTOR, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL, BENITO COSTEY SILVIA, ALIJARDE LORENTE ROBERTO, MARTIN RUIZ NURIA, LOPEZ MAS CLARA, LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS, TERRADO PLUMED CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología Pediatría en Urgencias
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Disminución de reconsultas

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco se realiza la asistencia del paciente pediátrico entre los residentes que se encuentran rotando o desempeñando guardias, Médicos de Familia y Pediatras. Tras la resolución del acto clínico se dan de forma verbal una serie de indicaciones, en cuanto a la patología que sufre el paciente, los cuidados generales y tratamiento del mismo y signos de alarma a vigilar, que pretenden educar y motivar para la adherencia terapéutica y asegurar la toma de precauciones a los padres o acompañantes del menor. Debido a que, en ocasiones, el tiempo es escaso no es posible comprobar la asimilación de la información de forma completa. En otras ocasiones, el acompañante del niño no es ninguno de los progenitores por lo que al no ser el cuidador principal el obstáculo para que la información se transmita de forma completa es mayor.

Una de las técnicas para informar y educar a la familia es facilitar la información por escrito. De esta manera facilitamos la asimilación de la información.

Se pretende actualizar y ampliar el conjunto de hojas de recomendaciones pediátricas del servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco con información de la naturaleza del problema, cuidados generales, evolución previsible o pronóstico y signos de alarma sobre la patología o motivos de consulta más frecuentes.

El objetivo no es eliminar la información verbal del acto clínico sino dotar de una herramienta a los padres donde puedan consultar de nuevo la información facilitada. De esta manera facilitaremos el manejo de la enfermedad en domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar las técnicas de información a familiares y acompañantes de los niños sobre motivos de consultas y patología clínica más frecuente en Urgencias Pediátricas.
- Informar de manera sistemática y adaptada al paciente y sus familiares o acompañantes sobre la naturaleza del problema, pronóstico previsible, cuidados generales y signos de alarma por los que acudir nuevamente a Urgencias disminuyendo de forma secundaria las reconsultas no necesarias.
- Detectar de forma temprana las complicaciones de los principales motivos de consulta pediátricos al informar de los signos de alarma a vigilar.
- Homogeneizar la información proporcionada propiciando un clima de confianza y satisfacción en los padres hacia el servicio de urgencias.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0443

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACION PEDIATRICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

- Actualización o creación de hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología pediátrica más frecuente en el servicio de Urgencias que serán entregadas y explicadas en el momento del alta del paciente.
- Presentación del conjunto de hojas de recomendaciones en el servicio de urgencias como nueva herramienta de apoyo.
- Se valorará el uso de las hojas de recomendaciones anotando su entrega en el informe de alta y haciendo un registro aleatorio de entrega durante dos meses y evolución posterior de estos niños.
- Encuesta de satisfacción a padres sobre la entrega de dichas hojas en la Unidad de Urgencias de Pediatría.

INDICADORES

1. Registro aleatorio de diferentes motivos de consulta/patologías durante 2 meses (por lo menos 10 pacientes de cada una) y seguimiento durante el mes siguiente para objetivar reconsultas e ingresos.
2. Encuestas de satisfacción y utilidad valoradas por los acompañantes de los pacientes aleatorizados. (Nivel de Utilidad de 1 a 10)
3. Uso de las hojas de recomendaciones en el servicio de urgencias.
4. Realización de memoria al finalizar proyecto con los resultados obtenidos.

DURACIÓN

- Marzo 2019-Abril 2019: Redacción de las hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología más frecuente en el servicio de Urgencias del Hospital obispo Polanco.
- Mayo 2019: Sesión en el Servicio de Urgencias del conjunto de hojas de información, objetivos de las mismas e indicadores de calidad.
- A partir de Mayo de 2019: entrega de estas hojas informativas a los padres que acudan por motivos de consulta o patología especificada.
- A partir de Octubre de 2019: Realización de encuestas de satisfacción a acompañantes y realización de registro de entrega de hojas de recomendaciones para monitorización posterior.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0523

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS DE ADAPTACION A LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS PREESCOLARES Y ESCOLARES INGRESADOS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO: PROYECTO DE JUEGOTERAPIA "NOSOTR@S TAMBIEN HEMOS SIDO NIÑ@S"

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE IRENE IZQUIERDO FORTEA
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN RUIZ NURIA
MARTINEZ FERRANDO CONSUELO
FERNANDEZ VIÑADO DOLORES
CORELLA HERNANDEZ ELENA
TERRADO PLUMED CARMEN
MINGUEZ LINARES SUSANA
AVILES ABRIL BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron varias reuniones conjuntas para dividir las tareas a realizar y planificación de la ejecución del proyecto.
Se solicitaron los permisos oportunos (Medicina Preventiva y Salud Laboral).
Se comprobó la seguridad de materiales utilizados para pacientes y personal sanitario.
Se solicitó al personal sanitario que trabaja en planta de pediatría fotografías de su etapa infantil, bajo consentimiento firmado de cesión de los derechos de las imágenes aportadas.
Se realizó selección de fotografías y maquetación del mural en base a las mismas.
Se diseñó el prototipo de mural definitivo.
Se organizó reunión para confirmar y aceptar la versión definitiva del mismo.
Se procedió, en varias jornadas, a la realización del mural y su colocación en su emplazamiento actual. (se adjuntan imágenes del desarrollo de este proyecto por correo electrónico).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras unos meses, se realizaron dos encuestas, una a pacientes y familiares y otra a personal sanitario. Se detallan los resultados:
Encuesta a personal sanitario (57 respuestas):
• ¿Crees que es importante humanizar la estancia hospitalaria? 77,4 % de los encuestados respondieron: Extremadamente importante; 22,6 % de los encuestados: Muy importante; 0% de los encuestados: Poco importante. 0% de los encuestados: No importante.
• ¿Crees que el mural "nosotr@s también hemos sido niñ@s" ha ayudado a humanizar la estancia hospitalaria? 83% Sí, mucho. 17%:Sí, un poco 0%:No.
• De una escala del 0 al 10 ¿recomendarías la realización de este mural en plantas de pediatría de otros hospitales? (siendo 0: nada recomendable, 10: seguro que lo recomendaría). 67,9% 10 (seguro que lo recomendaría), 15% 9, 13% 8,4% 7, 0% 6 y menor.
• ¿Crees que el mural ha mejorado la imagen del servicio de Pediatría? 98,1% Sí, ha mejorado. 1,9% Indiferente, 0% Ha empeorado la imagen o hace que tenga una imagen "menos profesional"
• Siéntete libre de añadir cualquier comentario que consideres oportuno (respuestas libres):
o Ayudará a mejorar la estancia de los niños. Una idea muy bonita tanto para los niñ@s como para los familiares. Gracias. Creo que el mural ayuda a que los niños vean más cercanos a los profesionales sanitarios. Animaciones, teatro, biblioteca. Uniforme del personal de pediatría con dibujos. Creo que ha sido un muy buena idea que los niños vean y se acerquen más al personal de Pediatría todos hemos sido niños. También es importante para humanizar la planta de pediatría, los uniformes con dibujos. Cuando aplicas terapias traumáticas los dibujos del uniforme son importantes, para distraer a los peques. Deberían poner pijamas exclusivos para pediatría en el servicio
Encuesta a pacientes y padres (62 respuestas):
• ¿Crees que es importante humanizar la estancia hospitalaria? 76,7%: Extremadamente importante. 23,3%: Muy importante 0%: Poco importante.
• ¿Crees que el mural "nosotr@s también hemos sido niñ@s" ha ayudado a humanizar la estancia hospitalaria? 85% Sí, mucho. 13,3% Sí, un poco 0% No 1,7%: No sabe/no contesta
• ¿Qué reacción tuvo tu hijo/a al observar el mural? 96,6%: les gustó. 0%: no les gustó. 3,4%: indiferente.
• ¿Recibiste información sobre el mural? 10%:No fui informado de su significado o utilidad. 78,3%: Sí, me indicaron su finalidad y cómo podría ayudar a mi hijo/a. 11,7%: Lo vi pero no recibí información.
• ¿Qué opinión tienes del servicio de Pediatría después de ver el mural? 98%: Buena/ha mejorado mi opinión. 0%: Mala/ha empeorado. 2%: No sabe/ no contesta.
• ¿Piensas que son recomendables nuevas medidas de humanización? 88,3% Sí. 5%: no. 6,7%: no sabe/no contesta.
• ¿Qué otras medidas de humanización nos recomendarías? (respuesta libre):
o Animaciones y teatros.
o Que el hospital fuera como un colegio o una ludoteca, que los niños no notarán que están dentro de él y así incluir el optimismo y alegría que siempre hay en ellos Adaptar los entirbos, vestuario para que sea mas atractivo/divertido para los niños.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0523

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS DE ADAPTACION A LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS PREESCOLARES Y ESCOLARES INGRESADOS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO: PROYECTO DE JUEGOTERAPIA "NOSOTR@S TAMBIEN HEMOS SIDO NIÑ@S"

- o Las paredes, pasillos y habitaciones de pediatría podrían hacer alusión a dibujos y películas infantiles, para que la estancia sea más llevadera
- o Uniformes de colores para el personal.
- o Gran labor la que hacen, mejoraría si los papas tuvieran apoyo específico también para ayudar mas a su hijo en el proceso
- o Un psicólogo en planta al igual q un pediatra enfermero y tcae.
- o Todas las que se hagan de cara a la estancia de los niños en este servicio son bien recibidas
- o Humanizar también las habitaciones, uniformes, material... En la medida de lo posible
- o Volver a poner por la planta los dibujos de los niños ingresados
- o Cambio de uniformes para el personal del servicio de pediatría y canales infantiles. Gracias.
- o Animación, teatros
- o Sala de juegos, voluntariado para que los padres algún rato puedan descansar, hacer gestiones, o ver alguno de sus otros hijos cuando la estancia es larga.
- o Pintar las habitaciones con motivos infantiles
- o Que los profesionales sanitarios llevasen uniformes con motivos infantiles. Que las habitaciones estén decoradas con motivos infantiles. Que cada habitación tuviera un nombre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha realizado una valoración final por parte del equipo del proyecto y del Servicio de Pediatría. Se han obtenido en las encuestas anónimas realizadas, una valoración muy positiva del proyecto en concreto (satisfacción muy alta), y de las medidas de humanización de la asistencia sanitaria en general, por lo que es un punto de partida para la realización de nuevos proyectos en este ámbito de acción. En las encuestas, se encuentra una valoración positiva de las familias, no solo en términos de mejora de la estancia hospitalaria, sino también del Servicio de Pediatría en general. Valorando la realización del proyecto, se ha encontrado un apoyo en todos los miembros del Servicio de Pediatría, tanto en la solicitud y planificación del proyecto, como en la ejecución del mismo. Este proyecto multidisciplinar, es un ejemplo de trabajo en equipo.

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto no ha precisado de financiación por parte del SALUD y ha sido aceptado por la Dirección del Hospital, Servicio de Preventiva y Salud Laboral, previo a su realización.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/523 ===== ***

Nº de registro: 0523

Título
ESTRATEGIAS DE ADAPTACION A LA HOSPITALIZACION EN NIÑOS PREESCOLARES Y ESCOLARES INGRESADOS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO: PROYECTO DE JUEGOTERAPIA "NOSOTR@S TAMBIEN HEMOS SIDO NIÑ@S"

Autores:
IZQUIERDO FORTEA IRENE, MARTIN RUIZ NURIA, MARTINEZ FERRANDO CONSUELO, FERNANDEZ VIÑADO DOLORES, CORELLA HERNANDEZ ELENA, TERRADO PLUMED CARMEN, MINGUEZ LINARES SUSANA, AVILES ABRIL BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hospitalización infantil es una circunstancia que implica ansiedad, temor y estrés. El hospital resulta ser para los niños un entorno extraño, con procedimientos dolorosos, personas desconocidas, normas nuevas, información que no comprenden...

Con el proyecto "Nosotr@s también hemos sido niñ@s" se pretende ofrecer distracción y juego durante su estancia, ayudando al niño y a su familia a una mejor adaptación al entorno hospitalario.

También se pretende potenciar las interrelaciones del niño con el personal sanitario.

El juego terapéutico ofrece distracción y no se relaciona con la enfermedad y a través de éste, también se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0523

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS DE ADAPTACION A LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS PREESCOLARES Y ESCOLARES INGRESADOS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO: PROYECTO DE JUEGOTERAPIA "NOSOTR@S TAMBIEN HEMOS SIDO NIÑ@S"

fortalecen las relaciones familiares.

RESULTADOS ESPERADOS

- Humanización de la hospitalización pediátrica a través de técnicas de juego terapia con fotografías del personal sanitario en edad infantil.
- Mejorar la interrelación de los niños con el personal sanitario, ofreciendo una visión humana del personal sanitario.
- Juego terapia en forma de fotografías del personal sanitario en edad infantil, en la que los niños juegan a identificar a cada profesional con su foto infantil mostrada en el mural a través de pistas que les ofrecemos.
- Provocar un impacto positivo durante la estancia hospitalaria.
- Promover la mejora de las relaciones entre el personal mediante el trabajo en equipo.
- Ofrecer una asistencia sanitaria de máxima calidad.
- Minimizar secuelas negativas provocadas por la estancia hospitalaria.
- Promover el juego en los niños ingresados.

MÉTODO

- Redacción y entrega de acuerdo de cesión de imagen del personal del servicio de Pediatría.
- Recogida y posterior maquetación de fotografías donadas por el personal que trabaja en Pediatría y elaboración de mural, bajo los controles de seguridad exigidos en un centro sanitario.
- Valoración de satisfacción de pacientes, sus familias y personal sanitario, a través de encuestas anónimas.

INDICADORES

- Encuesta de satisfacción a familiares y pacientes al alta hospitalaria. (satisfacción alta y/o muy alta de al menos el 80% de los encuestados).
- Encuesta de opinión sobre la nueva imagen del servicio de Pediatría a familiares y pacientes. (satisfacción alta y/o muy alta de al menos el 80% de los encuestados).
- Encuesta de opinión a personal sanitario del Hospital Obispo Polanco. (satisfacción alta y/o muy alta de al menos el 80% de los encuestados).

DURACIÓN

- Los trabajos se realizarán durante el año 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0930

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLÓGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISION Y ACTUALIZACION

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS BONE PINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN VILLARROYA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Según el calendario previsto, hasta Noviembre de 2018, se ha realizado una revisión de las publicaciones de referencia, relacionadas con el riesgo Accidente Laboral producido por Agentes Biológicos en los trabajadores del ámbito sanitario, así como sobre la Profilaxis Post Exposición.

Se han analizado además, los protocolos que se aplican en otros sectores sanitarios de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Se ha detectado la necesidad de implantar en el Sector de Teruel, el test de detección Rápida del VIH, a aplicar al Paciente fuente de accidente biológico. Esto, se ha convertido en actividad adicional en el proyecto. Durante Diciembre 2018 y Enero de 2019 se ha buscado el modelo de Test a aplicar y establecido la coordinación con el Servicio de Microbiología de H. Obispo Polanco para proceder a su implantación.

En el Comité de Seguridad y Salud del Sector Teruel de 17/01/2019, se ha presentado y aprobado la aplicación del citado Test y comunicado la revisión del protocolo.

Actualmente, se está finalizando la confección de los algoritmos de decisión y de los consentimientos tanto para las analíticas como para la administración de quimioprofilaxis. Con ello se terminará de elaborar el nuevo procedimiento.

En próximas fechas se va a comenzar con la difusión de la documentación a los responsables de los trabajadores tanto de Atención Primaria como en Atención Especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto no ha finalizado, según la planificación prevista, se podrán obtener resultados al final del mes de Mayo de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión de la gestión del accidente biológico en otros centros, está siendo de gran utilidad, así como las posibilidades que ofrece, el realizar parte del proceso de manera on-line en centro periféricos. Todo ello va a ser aplicado en el protocolo de actuación del Sector de Teruel.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/930 ===== ***

Nº de registro: 0930

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLÓGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISION Y ACTUALIZACION

Autores:
BONE PINA MARIA JESUS, MARTIN VILLARROYA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0930

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLÓGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISION Y ACTUALIZACION

La Exposición accidental con material biológico: contacto con sangre u otros fluidos biológicos, a través de inoculación percutánea o contacto con una herida abierta, piel no intacta o mucosas durante el desarrollo de actividades laborales, es uno de los riesgos más frecuentes en el Personal Sanitario

Los microorganismos implicados principalmente en la inoculación accidental son el virus de la hepatitis B, C y D y de la inmunodeficiencia humana, que son clasificados como agentes biológicos del grupo 3 por Real Decreto 664/1997 de 12 de mayo, sobre "Protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo". El citado grupo se define como: "aquellos agentes que puede causar una enfermedad grave en el hombre y presenta un serio peligro para los trabajadores, con riesgo de que se propague a la colectividad y existiendo generalmente una profilaxis o tratamiento eficaz".

Los Accidentes Biológicos deben ser considerados urgencias médicas en las que conviene asegurar la oportuna actuación (profilaxis postexposición y administración de agentes antirretrovirales cuando proceda), que debe iniciarse cuanto antes, preferiblemente en las primeras 2 horas tras la exposición y antes de 72 horas de la misma.

Dada la frecuencia con que se producen los accidentes biológicos entre el personal de los centros sanitarios, la jornada laboral continuada y la amplitud geográfica que el Servicio de Prevención del Sector Teruel tiene asignada (que incluye tanto al personal de atención Primaria como el de Especializada), es necesario un protocolo de actuación asistencial, coordinando los distintos centros y servicios implicados, que presente una metodología homogénea para prestar la mayor protección y la mejor atención posible a los trabajadores que hayan sufrido una exposición a material biológico como consecuencia de su actividad.

Actualmente se dispone de un procedimiento que se implantó en el año 2004 y que precisa ser actualizado y reforzada su difusión en todo el Sector.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar la calidad asistencial ante los accidentes biológicos para todos los trabajadores del Sector Teruel, tanto de atención primaria como de especializada.
2. Actualizar pautas establecidas en todos los centros, coordinando al personal de los servicios implicados.
3. Informar y divulgar la actualización del procedimiento.
4. Mejorar el registro de accidentabilidad.
5. Disponer en la Intranet del Sector Teruel, tanto del protocolo como de la documentación necesaria, para iniciar el abordaje clínico y los trámites de declaración de accidente biológico.

MÉTODO

Este proyecto pretende alcanzar sus objetivos, mediante la implementación de un protocolo revisado y de fácil acceso para el trabajador.

Las actividades serán desarrolladas por todos los componentes del equipo de mejora y son:

- Elaboración de un protocolo actualizado de accidente biológico y su posterior implantación y coordinación.
- Presentación de la revisión del protocolo de accidente biológico al Comité de Seguridad y Salud del sector Teruel.
- Elaboración de formatos para recogida de datos.
- Difusión del protocolo a los servicios implicados.
- Estudio de seguimiento de protocolo y su efectividad.
- Comunicación de resultados a los responsables del sector.

INDICADORES

ESTRUCTURA

% de Servicios con acceso de la documentación a través de la intranet.

PROCESO

% de servicios con formación en el Protocolo actualizado

% de accidentes biológicos donde se ha solicitado el consentimiento informado a la fuente.

% de accidentes biológicos declarados en Unidad Básica de Prevención en las primeras 72 horas.

RESULTADO

% de accidentes biológicos correctamente declarados en la Unidad Básica .de Prevención.

% de Accidentes biológicos que han seguido el protocolo de actuación de manera correcta

DURACIÓN

Duración un año

Mayo -Octubre 2018

Revisión y Actualización del protocolo.

Noviembre- 2018

Presentación al Comité de Seguridad y Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0930

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLÓGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN

Noviembre - Febrero 2018
Difusión de la documentación a los implicados.

Febrero- Abril 2018
Estudio de seguimiento.

Abril -Mayo 2019
Comunicación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0112

1. TÍTULO

ELABORACION Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCION AL DUELO PERINATAL

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE ALEJANDRA REBOREDA AMOEDO
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CABALLERO PEREZ VICTORIA
BERNAL ARAHAL TERESA
IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS
SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA
MARTIN-CALAMA VALERO JESUS
GODED GARCIA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Recogida de material de diferentes fuentes de documentación (textos, protocolos de otros hospitales, guías de práctica clínica, modelos de formato protocolo salud. etc).
2. Coordinación entre servicios de ginecología, pediatría y psiquiatría, representados por una ginecóloga, una matrona, una pediatra y una psicóloga clínica (autoras que aparecen en primer término del presente proyecto de calidad).
3. Elaboración y redacción del PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA PÉRDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL.
4. Entrega a dirección médica y de enfermería del Hospital Obispo Polanco para su revisión. SEPTIEMBRE 2017.
5. Presentación y aprobación en Comisión de Perinatología del Hospital Obispo Polanco. DICIEMBRE 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Elaboración y entrega del protocolo a dirección.
2. Presentación y aprobación del protocolo en Comisión de Perinatología del Hospital Obispo Polanco.
3. Pendiente de iniciarse su puesta en marcha para valorar los resultados propuestos alcanzados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La redacción final del Protocolo se ha enlentecido debido a las dificultades de recogida de documentos necesarios para completar el listado de ANEXOS que debían figurar en el mismo.

Pendiente de ser aceptado por la dirección hospitalaria e iniciar revisiones por parte de los autores del protocolo, incluyendo posibles nuevas propuestas de mejora.

Pendiente de ser valorados los siguientes indicadores que aparecen en el proyecto:

- Pacientes que son atendidos siguiendo las instrucciones que marca el protocolo: >90%
- Pacientes que son atendidos en consultas de ginecología en el plazo máximo de 4 semanas: >90%
- % pacientes que han sufrido una pérdida perinatal derivados a CSM que son atendidos en el plazo máximo de 4 semanas tras a derivación desde consultas ambulatorias de ginecología o desde interconsultas hospitalarias: >90%
- % satisfacción adecuada en padres que han sufrido una pérdida perinatal a través de breve encuesta entregada al alta de las consultas de ginecología: >80%
- % pacientes que han sufrido una pérdida prenatal derivados a CSM que son atendidos en el plazo máximo de 6 semanas tras a derivación desde consultas ambulatorias de ginecología o desde interconsultas hospitalarias: >90%

7. OBSERVACIONES.

El presente proyecto de calidad exige una continuidad para valorar sus beneficios y el alcance de los logros evaluados a través de los indicadores citados en párrafo anterior.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/112 ===== ***

Nº de registro: 0112

Título
ELABORACION Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCION AL DUELO PERINATAL

Autores:
REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA, BERNAL ARAHAL MARIA TERESA, HERRERO SANZ MARIA CRISTINA, IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS, SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA, MARTIN-CALAMA VALERO JESUS, GODED GARCIA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0112

1. TÍTULO

ELABORACION Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCION AL DUELO PERINATAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

La escasez de registros no permite realizar una cuantificación fiable de la tasa de pérdidas perinatales en nuestro país (muertes fetales intermedias, tardías y neonatales precoces). Se estima una tasa media de fallecimiento de 8/1000 nacidos, desde la 22ª semana hasta las primeras 24 horas de vida, lo que supone unos 3200 casos al año.

Los padres que experimentan estas pérdidas, requieren de orientación y apoyo, y en ocasiones de un abordaje más especializado, ya sea psicoterápico o farmacológico. Existe evidencia que indica que hay menos probabilidades de que el malestar de los padres derive en un cuadro psiquiátrico si éstos están satisfechos con el modo en que su médico se ha comunicado con él y la forma en la que el servicio ha manejado la situación de pérdida, situación que implica un significativo nivel de angustia también para los profesionales del propio servicio. Es por ello, que creemos necesario establecer una guía de seguimiento sencilla, con la que se pretende que el profesional que atiende a una mujer con una pérdida (fundamentalmente, obstetra y matrona) conozca lo que se debería hacer y, sobre todo, lo que no se debería hacer, ni decir, en cada momento o fase del proceso del duelo para evitar la elaboración de un duelo patológico, pero también para obtener una sensación de satisfacción por el trato recibido y, por qué no, para reducir la probabilidad de posibles demandas por mala praxis. Deberíamos preguntarnos además, si la necesidad de apoyo reglado debería extenderse no sólo a las parejas que sufren una pérdida perinatal, sino también a las que sufren un aborto o muerte fetal temprana, al igual que en el caso de aquellas parejas que tienen que hacer una interrupción voluntaria del embarazo por motivos terapéuticos, con el dolor que les supone y la dificultad de una toma de decisiones en esas circunstancias.

RESULTADOS ESPERADOS

- Cambiar la concepción y actuación erróneas que los profesionales puedan tener sobre estos casos.
- Mostrar a la pareja y al profesional las herramientas que ofrece el sistema sanitario y la red social para afrontar la pérdida.
- Mejorar la comunicación médico-paciente/familiares.
- Disminuir la probabilidad de aparición de duelos patológicos.
- Prevenir las posibles demandas derivadas de una mala comunicación médico-paciente/familiares.

MÉTODO

1. Redacción y entrega del protocolo de atención perinatal a los servicios que participan en dicha atención (ginecología, pediatría y salud mental).
2. Revisión a los 6 meses del seguimiento del protocolo y cumplimiento de plazos de derivación a consultas especializadas de ginecología y salud mental si precisa.
3. Reunión con el equipo y mejorar coordinación entre servicios si precisa.
4. Revisión al año del seguimiento del protocolo y cumplimiento de plazos de derivación a consultas especializadas de ginecología y salud mental.
5. Revisión de cuestionarios de satisfacción entregados al año de seguimiento del protocolo.
6. Revisión de resultados y valoración de propuestas de mejora (formación al personal, sistemas de mejora de coordinación entre servicios, etc).

INDICADORES

- % pacientes que son atendidos siguiendo las instrucciones que marca el protocolo: >90%
- % pacientes que son atendidos en consultas de ginecología en el plazo máximo de 4 semanas: >90%
- % pacientes que han sufrido una pérdida perinatal derivados a CSM que son atendidos en el plazo máximo de 4 semanas tras a derivación desde consultas ambulatorias de ginecología o desde interconsultas hospitalarias: >90%
- % satisfacción adecuada en padres que han sufrido una pérdida perinatal a través de breve encuesta entregada al alta de las consultas de ginecología: >80%
- % pacientes que han sufrido una pérdida prenatal derivados a CSM que son atendidos en el plazo máximo de 6 semanas tras a derivación desde consultas ambulatorias de ginecología o desde interconsultas hospitalarias: >90%

DURACIÓN

- Entrega del protocolo a lo largo del mes de octubre de 2016.
- Reunión del equipo coordinador del protocolo y primera revisión de resultados a lo largo del mes de marzo.
- Revisión final de resultados en el mes de septiembre de 2017. Valoración de nuevas propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0112

1. TÍTULO

ELABORACION Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCION AL DUELO PERINATAL

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0247

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCION MECANICA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES SERRANO TORRES

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOMEZ CHAGOYEN BLANCA
FERNANDEZ JORCANO MARIA JESUS
RESANO TOBAJAS JUANA MARIA
JURADO TORRES MARIA JOSE
ALBALADEJO RAEZ MARIA EUGENIA
ALONSO PEREZ PILAR
ALEGRE DEL CAMPO TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El protocolo se ha enviado a Dirección Médica y de Enfermería. Pendiente de publicación en la intranet del H.O.Polanco. Se facilita el documento a unidades que lo precisen. Se ha realizado en 2018, el plan de cuidados en la contención mecánica. También se han desarrollado talleres de contención mecánica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores de proceso:

Control eficaz de la agitación: control de la agitación psicomotriz en 2 horas con el uso de la contención verbal o contención mecánica y tratamiento farmacológico.

Uso de medidas de contención : porcentaje de pacientes con medidas de contención físicas con indicación médica y/o enfermería.

Evaluación de la retirada de la CM: retirada de la contención mecánica en aquellos enfermos cuya agitación psicomotriz esté controlada al menos de 6-12 horas.

Evaluación si los documentos de consentimiento informado y de comunicación al juzgado están adecuadamente cumplimentados.

Indicadores de resultado:

Evaluación de la correcta realización del protocolo de contención en el centro.

Realización de las actividades programadas en el protocolo de contención mecánica del centro.

Evaluación del registro de la CM en la historia clínica del paciente.

Evaluación del registro del seguimiento de la CM y medidas empleadas por enfermería.

Evaluación de la correcta cumplimentación por parte del médico del registro de retirada de la CM

Evaluación del registro en la Historia Clínica de que se ha procedido a informar a la familia del paciente de la utilización de CM.

Evaluación de la aparición de complicaciones o efectos adversos tras la utilización de CM.

En el protocolo se han planificado los indicadores, pero no se han llevado a cabo, pendiente de continuar en 2019, salvo la utilización de registro por enfermería y que todas las contenciones realizadas en la UCE PSQ están pautadas al 100% por los facultativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Gobierno de Aragón elaboró un documento con una temática similar, pero no se ajustaba a las características de nuestra unidad. es un proyecto sostenible, ya que es algo que se realiza en la unidad, pero sin estar protocolizado. El coste del proyecto y su seguimiento es cero.

7. OBSERVACIONES.

ES UN DOCUMENTO QUE HA COSTADO MUCHO TIEMPO SU ELABORACIÓN, DADO QUE IMPLICA A TODO EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR, VARIACIONES ENTRE CENTROS, MEDIDAS JUDICIALES...HAN PARTICIPADO ADEMÁS EN LA ELABORACIÓN NAVARRO MARTINEZ ANA CRISTINA Y GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA. EL PROYECTO CORRESPONDE A LA CONVOCATORIA 2014.

*** ===== Resumen del proyecto 2014/247 ===== ***

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0247

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES SERRANO TORRES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOMEZ CHAGOYEN BLANCA
FERNANDEZ JORCANO MARIA JESUS
RESANO TOBAJAS JUANA MARIA
ALBALADEJO RAEZ MARIA EUGENIA
JURADO TORRES MARIA JOSE
GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA
NAVARRO MARTINEZ ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades se han llevado a cabo desde el 1 de enero a 31 de diciembre de 2019.

Se ha cumplido el calendario marcado y los recursos disponibles.

Se ha puesto en marcha el protocolo en 2018, presentándose en Dirección médica y de enfermería del H.O.Polanco, aunque ya se seguía el procedimiento desde que se abrió la unidad en 2014, sin estar protocolizado.

EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES.

INDICADORES DE PROCESO:

1. CONTROL EFICAZ DE LA AGITACIÓN: control de la agitación psicomotriz en 2 horas con el uso de la contención verbal o contención mecánica y tratamiento farmacológico.

El indicador habla de PACIENTES AGITADOS, en los que es preciso recurrir a la contención verbal, mecánica y farmacológica.

De las 15 contenciones mecánicas registradas en la unidad (sólo consta registro protocolizado en 10) :

? 8 han tenido una duración mayor de 12h

? 7 duración entre 6 y 8 horas.

Por tanto este indicador se ha incumplido (0%) en referencia a las contenciones verbales, mecánicas y farmacológicas que se han realizado y consta registro que es el 66.6%, por duración > 6 h)

Las contenciones verbales/farmacológicas que son muy habituales, EN PACIENTES CON INQUIETUD PSICOMOTRIZ, NO AGITACIÓN, no consta registro específico, dejando constancia por escrito, en historia clínica médica y de enfermería, pero no se han contabilizado. Suelen ser efectivas las medidas, pero al no registrarse en otro documento a parte no es posible su evaluación.

2. USO DE MEDIDAS DE CONTENCIÓN: porcentaje de pacientes con medidas de contención físicas con indicación médica y/o enfermería.

Se ha cumplido al 100%

3. EVALUACIÓN DE LA RETIRADA DE LA CM: retirada de la contención mecánica en aquellos enfermos cuya agitación psicomotriz esté controlada al menos de 6-12 horas.

No consta registro por escrito de la retirada de la contención, si bien es una medida que se realiza de modo consensuado por el equipo multidisciplinar.

4. EVALUACIÓN SI LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE COMUNICACIÓN AL JUZGADO ESTÁN ADECUADAMENTE CUMPLIMENTADOS.

En la U.C.E. Psiquiatría en cada ingreso figura el consentimiento informado en 2 documentos: el general del hospital que firma el paciente en presencia del facultativo y uno específico de la unidad que firma en presencia del personal de enfermería. Si el paciente se niega a firmarlos se solicita la autorización judicial según consta en el protocolo.

Por tanto dicho indicador se cumple al 100%.

Consentimiento al paciente para realizar la contención mecánica de forma voluntaria, no se creyó necesaria su inclusión, por el equipo que participó en la elaboración del protocolo. Suele ser infrecuente.

De las 15 contenciones realizadas:

? En 13 consta información al juzgado

? A petición del paciente, se realizó 1

? Alta voluntaria en 1 paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES DE RESULTADO (descritos en el protocolo):

EVALUACIÓN DE LA CORRECTA REALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN EN EL CENTRO:

1. REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA DEL CENTRO.

Se ha registrado en el 10 pacientes agitados, de las 15 contenciones.

66.6% se ha cumplido

2. EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE LA CM EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

Se ha registrado en el 10 pacientes agitados, de las 15 contenciones.

66.6% se ha cumplido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0247

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

3. EVALUACIÓN DEL REGISTRO DEL SEGUIMIENTO DE LA CM Y MEDIDAS EMPLEADAS POR ENFERMERÍA.
10 pacientes hoja de registro de contención y plan de cuidados en la contención mecánica, 66.6 %.
4. EVALUACIÓN DE LA CORRECTA CUMPLIMENTACIÓN POR PARTE DEL MÉDICO DEL REGISTRO DE RETIRADA DE LA CM.
En la hoja de tratamiento (prescripción electrónica) se refleja la indicación pero no la retirada de la contención mecánica. Grado de cumplimiento: 0%.
La hoja de registro se ha modificado incluyendo la firma del médico y la retirada.
5. EVALUACIÓN DEL REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE QUE SE HA PROCEDIDO A INFORMAR A LA FAMILIA DEL PACIENTE DE LA UTILIZACIÓN DE CM.
Siempre que existan familiares que se hagan cargo del paciente se avisa, pero no hay registro en historia clínica. Grado de cumplimiento: 0%.
6. EVALUACIÓN DE LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES O EFECTOS ADVERSOS TRAS LA UTILIZACIÓN DE CM.
Consta en historia: 2 laceraciones en muñecas y tobillos.
El 13.3 % de los pacientes han sufrido complicaciones leves.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al ser un protocolo en el que estaban incluidas medidas judiciales, médicas y de enfermería se precisó de mucho tiempo para su elaboración, consultando las fuentes de datos disponibles.
Proyecto sostenible, ya que es algo que se realiza en la unidad, coste del proyecto y su seguimiento es cero.
No es posible su continuación, a no ser que se incluya en el contrato gestión del 2020.
Los miembros de ejecución del protocolo fueron cambiando, al igual que la situación laboral los mismos. Se da por concluida la memoria al no trabajar la responsable del protocolo en la unidad, cambio de centro de trabajo al hospital San Juan de Dios.
Podrían modificarse algunos indicadores, por ejemplo, una agitación psicomotriz precisa según datos estudiados en la unidad de un mínimo de 6-8 horas para controlarse.
También son importantes las medidas de contención verbal/farmacológica que se realizan y no se registran.
Es preciso que conste en la historia:
-la comunicación a los familiares del uso de la medida
-la retirada de la contención por parte del psiquiatra, enfermería valora la contención cada 15 minutos y lo registra.
Las lesiones que han sufrido los pacientes han sido leves y poco frecuentes, teniendo en cuenta el estado fisiopatológico del paciente.

7. OBSERVACIONES.

Se da por finalizado el programa de la calidad del 2014. La Dirección Médica y de Enfermería del hospital Obispo Polanco junto a los responsables de la unidad valorarán si es preciso realizar un nuevo protocolo o modificarlo según las conclusiones.

*** ===== Resumen del proyecto 2014/247 ===== ***

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0111

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE LORENA PEREYRA GRUSTAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS
REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA
GOMEZ CHAGOYEN BLANCA
TORRES MIRAVET ROSALIA
NAVALON MONLLOR VICTOR
PONCE MARTINEZ DOLORES ESPERANZA
SIMON ALONSO NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Entre octubre del 2016 y octubre de 2017 se recogieron datos de todos aquellos pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias del H. Obispo Polanco por conductas o sintomatología relacionados con el suicidio. Se realizó una hoja diaria de recogida de pacientes valorados durante la guardia.
2-De todos ellos (140) se analizaron los siguientes ítems: fecha de atención en Urgencias, motivo de atención, edad, sexo, disposición y fecha del alta, tiempo de latencia hasta ser atendido en USM, alta voluntaria o médica, antecedentes psiquiátricos, diagnóstico principal y secundario, antecedentes de intentos autolíticos, tipo de autolesión (método, gravedad leve vs moderada, planificación, rescate previsto, reactivo vs endógeno), consumo de tóxicos asociado, necesidad de ingreso en planta, enfermedad médica importante concomitante, estado civil, problema social/económico/legal asociado, si hubiera realizado nuevos intentos autolíticos en los meses siguientes y si ha mantenido el seguimiento ambulatorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A-Datos de interés observados:

Los pacientes atendidos en Urgencias por clínica relacionada con ideación o intento autolítico, fundamentalmente se engloban en contexto de reacciones vivenciales relacionadas con situaciones de estrés ambiental, en las cuales se observa un manejo personal desadaptativo con realización del intento de forma impulsiva.

De los pacientes atendidos sólo el 20,45% presentan clínica endógena de características afectivas o psicóticas. El 13,63% son cuadros afectivos de características depresivas y un 6,06% tienen un diagnóstico de enfermedad psicótica (T Bipolar, TEA, EQZ o Tr de ideas delirantes).

La enfermedad orgánica grave intercurrente sólo ocurre en un 6,29 % de los casos.

Los actos relacionados con el suicidio se evidencian en contexto de problemática socio-familiar (14,61%) económica- laboral (13,07%), legal (0,76%), familiar (14,61%), de pareja (9,23%) o de varios de ellos (30%). El consumo de tóxicos participa de forma directa en un porcentaje alto de las tentativas (30%).

En cuanto a los métodos suicidas, se evidencian una mayoría de sobreingestas medicamentosas (45,23%) frente al (7,14%) de intentos de precipitación, ahorcamiento (3,57%) o venoclisis (10,71%). Un 30,95% de los pacientes acuden a urgencias por presentar ideas de autolisis sin haber pasado al acto de autolesionarse. No nos consta ningún fallecimiento en esta población ni por causa orgánica ni por actos suicidas.

De los pacientes, el 77,25% mantienen seguimiento de forma regular en USM de Teruel o Alcañiz. El 15,45% abandonaron el seguimiento bien de forma voluntaria desde el primer momento (9,09%) o a medio plazo (6,36%) y un 7,27% acuden de forma irregular.

Podemos añadir que el abandono del seguimiento es más alto en pacientes valorados y dados de alta desde el servicio de urgencias (17,245%) que dados de alta desde Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría (4,34%) donde se presupone que la gravedad del intento es mayor y donde se ha trabajado la alianza terapéutica con el equipo de Salud Mental.

La recurrencia de los actos suicidas se produce fundamentalmente en pacientes con diagnóstico de rasgos vulnerables de personalidad o Tr de personalidad, fundamentalmente de cluster B (85,71%) y en menos proporción, en contexto de Tr adaptativos (7,14%) o de consumo de tóxicos (7,14%)

B-Indicadores del proyecto

-% pacientes cuyo grado de alerta se monitoriza correctamente en el primer contacto: 139 de 140 pacientes 99,28%: (objetivo previsto: 95%).

-Tiempos de demora de atención en USM:

-Espera media en días para visita en USM tras alta de UCE 11,16 días.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0111

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL

- Espera media en días para visita en USM tras alta de urgencias 9,6 días.
- Riesgo leve en un máximo de 15 días: 10,14 días de media, 67, 6 % del total de pacientes (objetivo previsto: 90%)
- Riesgo moderado en un máximo de 10 días: 10,53 días de media: 44% del total de pacientes (objetivo previsto: 90%)
- Riesgo grave 11.6 días días de media (casuística muy pequeña).

Las demoras medias de atención son muy satisfactorias. En cuanto al porcentaje de pacientes atendidos dentro del objetivo previsto, las cifras están por debajo de lo esperado. Tras analizar cada caso concluimos que las razones principales son de tipo "logístico" : preferencias personales en el día de la cita en pacientes estabilizados o del ámbito rural.

-% abandonos seguimiento en USM de Teruel: abandonaron 14 pacientes de 64 . De los cuales hubo 11 abandonos voluntarios en un total de 47 pacientes de riesgo leve y 3 en riesgo moderado de un total de 15 pacientes. Ninguno en riesgo grave. Dentro de los abandonos de riesgo leve, 7 de 47 acuden de forma irregular, 1 se marchó de forma voluntaria y 3 se perdieron. En riesgo moderado, dos pacientes se perdieron y 1 se marchó de forma voluntaria.

Ninguno de los pacientes que han abandonado el seguimiento tienen un diagnóstico de enfermedad mental grave.

- Riesgo leve: 6,38 % (objetivo previsto: <20%)
- Riesgo moderado: 13,33% (objetivo previsto: <10%)

-Independientemente de aquellos pacientes que expresaron su deseo de no acudir a valoración ambulatoria, de todos los pacientes pertenecientes a nuestro sector únicamente 5 (el 5,8% del total) no acudieron a una primera visita en USM tras ser derivados, ya sea desde UCE o desde Urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1-La captación inicial y seguimiento de los pacientes con intención suicida en sus diversos niveles de gravedad es altamente satisfactorio, con una nula pérdida de seguimiento de los casos graves en los datos actuales. Los factores clave para su consecución son:

- Pacientes que ingresan en UCE: los profesionales trabajan de manera específica con los enfermos la alianza terapéutica con los recursos ambulatorios antes del alta.
- Enlace personalizado ("sistema de alerta") de todos los casos moderados / graves: el paciente sale de alta de UCE con cita ya programada en USM. En aquellos casos que no llegan a ingresar en UCE el facultativo de guardia contacta telefónicamente con USM (enfermería o FEAs) para informar del caso de primera mano.
- Alta accesibilidad en USM, con demora media de pocos días para primera visita y posibilidad de contactar telefónicamente en caso de necesidad con el equipo de salud mental de forma urgente.
- Cuando el paciente no acude a la primera visita, desde USM se mantiene contacto telefónico (con paciente, familia o MAP según caso) para conocer estado y tomar decisiones al respecto (nueva cita, informar ante negativa...)

2-La coordinación en la asistencia entre atención primaria y salud mental del sector es adecuada, con alta sensibilidad para la atención y supervisión de estos casos. El programa de enlace llevado a cabo entre septiembre de 2016 y enero 2017 probablemente haya contribuido a ello. Dicho programa consistió en sesión docente "in situ" en la mayoría de los CS del Sector a la que estaban convocados MAPs y enfermeras de cada CS.

-Dicha sesión era impartida por miembros del equipo con el objetivo de mejorar los ítems:

- Conocer la red de salud mental del sector y sus profesionales
- Derivación correcta psiquiatría vs psicología clínica
- Derivación correcta primera visita normal vs preferente
- Actuación ante urgencia psiquiátrica
- Promoción UASA (Unidad de Atención y seguimiento a las adicciones.
- Mejorar derivación paciente geriátrico. Evitar duplicidades
- Disminuir derivaciones inadecuadas. Disminuir "psiquiatrización de la vida diaria".
- Ruegos y preguntas

-En total se impartió en 12 Centros de Salud, acudiendo a ellas de manera presencial el 65.3% del total de MAPs del Sector, remitiéndose al 100% manual escrito a modo de resumen.

3-Ante la percepción de adecuada derivación y seguimiento comprobado por las cifras alcanzadas, no se consideró oportuno proceder a la fase de elaboración de un sistema de clasificación para atención primaria y su posterior distribución.

4-Como recomendaciones proponemos:

- Trasladar de manera periódica los resultados y conclusiones recogidos en los diferentes ámbitos de participación de los profesionales del Servicio (reuniones facultativos realizan guardias de psiquiatría, reuniones de equipo de USM y UCE...) para seguir trabajando en la misma línea
- Promover todas aquellas actividades encaminadas a afianzar la interconsulta y el enlace ágiles con atención primaria así como actividades de formación continuada.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0111

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL

*** ===== Resumen del proyecto 2016/111 ===== ***

Nº de registro: 0111

Título
TITULO: PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL

Autores:
PEREYRA GRUSTAN LORENA, IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS, GOMEZ CHAGOYEN BLANCA, REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA, NAVALON MONLLOR VICTOR, PONCE GARCIA ESPERANZA, SIMON ALONSO NURIA, TORRES MIRAVET ROSALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

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

PROBLEMA
Los pacientes que acuden a los servicios sanitarios con intención suicida son derivados a los servicios ambulatorios de Salud Mental a través de cuatro posibles vías:
-interconsulta solicitada desde Centros de Salud
-interconsulta solicitada desde Consultas externas del HOP y del Hº San José
-derivación del paciente desde el Servicio de Urgencias del HOP
-cita solicitada desde la UHB de psiquiatría del HOP al alta de un paciente.

La Unidad de Salud Mental (USM) es el dispositivo responsable de articular la atención longitudinal de los pacientes, en concreto en este caso a las que presentan ideación o intención suicida. Sospechamos que en no pocas ocasiones, el paciente o bien no llega a acudir a la primera consulta de la USM, o abandona prematuramente la intervención ofertada.

La atención a las personas con riesgo autolesivo con objetivos finalistas, está poco registrada y protocolizada. Por ello no es infrecuente la pérdida del paciente a través del proceso burocrático hasta su revaloración y seguimiento adecuado en salud mental. Los datos perdidos, nos aportarían conocimiento sobre la evolución general de este tipo de problemática, y lo que es más importante, dificultan estar al tanto de las posibles situaciones de riesgo, para poder establecer sistemas de actuación preventivos, y por ende el tratamiento adecuado para el restablecimiento de su salud emocional.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la captación inicial y seguimiento de los pacientes con intención suicida en sus diversos niveles de gravedad.
- Mejorar la coordinación en la asistencia entre el servicio de atención primaria y servicio de psiquiatría del Sector Teruel.
- Mejorar la percepción de la calidad asistencial en los pacientes con riesgo suicida y por ende la adherencia a los programas de atención y seguimiento.
- Establecer un sistema de alertas que mejore la prevención de la conducta suicida.
- Reducir reingresos y frecuentación de urgencias.
- Disminuir la incidencia de suicidio consumado en pacientes atendidos en nuestra unidad de salud mental.

MÉTODO
1. Elaborar un sistema de clasificación simple y accesible a profesionales de atención primaria que discrimine entre riesgo leve y riesgo moderado
2. Informar del programa en atención primaria y a psiquiatras y urgenciólogos que atienden a urgencias hospitalarias durante las 24 horas del día.
3. Crear "sistema de alerta" por el cual la USM tenga conocimiento de todo paciente que haya sido atendido en Urgencias del HOP por sintomatología relacionada con el suicidio como motivo principal (del resto de posibles derivadores recogidos al principio de este documento siempre se tiene constancia pues llega la petición por escrito vía FAX o en mano a la USM).
4. Desde USM se contactará con todo paciente con primera cita concertada que no acuda, procediendo a nueva cita; informando a MAP del paciente en caso de negativa del paciente a acudir o ante un segundo fallo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0111

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL

5. Supervisar adecuado cumplimiento de tiempos de atención programados en primera acogida desde servicios de salud mental.
6. Iniciar supervisión y seguimiento de casos desde consultas de CSM.
7. Seguimiento de casos en CSM y monitorización de porcentaje de abandonos de tratamiento en el plazo de un año.

INDICADORES

Indicadores planteados:

- % pacientes cuyo grado de alerta se monitoriza correctamente en el primer contacto: 95%
- % pacientes con intencionalidad autolítica que son atendidos en consultas de USM en un determinado plazo de tiempo:
 - o Riesgo leve en máximo 15 días: 90%
 - o Riesgo moderado en máximo 10 días: 90%
- % abandonos del seguimiento:
 - o Riesgo leve: <20%
 - o Riesgo moderado: <10%

DURACIÓN

- Creación de sistema básico de clasificación de gravedad del riesgo a lo largo del mes de septiembre.
- Informar del programa atención primaria y a red de psiquiatría de atención a urgencias a lo largo del mes de septiembre.
- Comienzo de sistema de registro y supervisión a partir del mes de octubre.
- Seguimiento de casos, monitorización de abandonos de tratamiento y de recaídas desde CSM a partir de octubre.
- Fin de recogida de datos el 30 de septiembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 13/01/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA LATORRE FORCEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOMEZ CHAGOYEN BLANCA
VAL CLAU MARIA JOSE
GARCIA CALVO LAURA
GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA
MARTINEZ MARTINEZ ANDREA
REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre noviembre y diciembre, se realizaron 11 sesiones de formación sobre los siguientes aspectos teórico-prácticos:

- Introducción
- Manejo de las crisis de ansiedad.
- Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).
- Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
- Manejo de conductas retadoras / opositoristas.
- Manejo de las ideas de suicidio.
- Manejo de la ira / agitación / agresividad.
- Manejo del hospitalismo.
- Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
- Manejo del insomnio.
- Manejo de la desinhibición.

Dichas sesiones tuvieron una duración aproximada de 45 minutos, impartidas por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría, psicología clínica y enfermeras especialistas de las unidades) en los que se repasaron aspectos teóricos de los trastornos y síntomas, centrándonos sobre todo en el manejo de la práctica clínica (habilidades de comunicación, posibles estrategias, cuestiones a evitar, manejo conductual...etc.).

Al final de la exposición, se abrió un espacio de debate en el que se comentaba lo expuesto y se abordaban casos prácticos y situaciones concretas que se hubieran producido en las unidades, en las que se describían dudas o formas de actuar ante momentos que habían generado dificultades en el personal (reforzando los aspectos positivos y realizando propuestas de mejora ante situaciones futuras similares).

Las sesiones se impartieron en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario de 13 a 14 horas, tras haber sido elegido por la mayoría del personal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A-Datos de interés observados

A las sesiones acudieron una media de 16 personas. En ellas, cabe destacar la participación activa de los asistentes en las diferentes exposiciones, dando el punto de vista de abordaje desde las distintas unidades.

B-Indicadores del proyecto

Al final de las sesiones se entregó una encuesta, en la que se puntuaba del 0 al 5, con los siguientes ítems a valorar:

- Duración y metodología: en la que el 44,4% dijeron que eran precisos y un 55,6% muy precisos.
- Utilidad en la práctica clínica para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles y la coordinación entre profesionales: 55,6% la consideraron útil y un 44,4% muy útil.
- Importancia del contenido (¿han mejorado tus conocimientos teóricos?): 44,4% la valoraron como de relevancia y el 55,6% de máxima relevancia.

- La totalidad de los asistentes afirman haber conseguido alcanzar los objetivos de aprendizaje definidos.

- Todos los asistentes reflejaron que recomendarían la actividad a otro compañero.

- Más de la mitad de los asistentes realizan una valoración global de la actividad como excelente y el resto como muy buena. Además, la totalidad de ellos refieren sentirse más satisfechos en su forma de actuar en el trabajo tras la formación.

Como propuesta de mejora, destaca el hecho de que les gustaría repetir la formación de forma periódica y continuar presentando más casos prácticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A-Datos de interés observados

A las sesiones acudieron una media de 16 personas. En ellas, cabe destacar la participación activa de los asistentes en las diferentes exposiciones, dando el punto de vista de abordaje desde las distintas unidades.

B-Indicadores del proyecto

Al final de las sesiones se entregó una encuesta, en la que se puntuaba del 0 al 5, con los siguientes ítems a valorar:

- Duración y metodología: en la que el 44,4% dijeron que eran precisos y un 55,6% muy precisos.

- Utilidad en la práctica clínica para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

difíciles y la coordinación entre profesionales: 55,6% la consideraron útil y un 44,4% muy útil.
-Importancia del contenido (¿han mejorado tus conocimientos teóricos?): 44,4% la valoraron como de relevancia y el 55,6% de máxima relevancia.
-La totalidad de los asistentes afirman haber conseguido alcanzar los objetivos de aprendizaje definidos.
-Todos los asistentes reflejaron que recomendarían la actividad a otro compañero.
-Más de la mitad de los asistentes realizan una valoración global de la actividad como excelente y el resto como muy buena. Además, la totalidad de ellos refieren sentirse más satisfechos en su forma de actuar en el trabajo tras la formación.
Como propuesta de mejora, destaca el hecho de que les gustaría repetir la formación de forma periódica y continuar presentando más casos prácticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/403 ===== ***

Nº de registro: 0403

Título
FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Autores:
LATORRE FORCEN PATRICIA, REBORDA AMOEDO ALEJANDRA, VAL CLAU MARIA JOSE, GOMEZ CHAGOYEN BLANCA, GARCIA CALVO LAURA, GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA, MARTINEZ MARTINEZ ANDREA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el ámbito de la salud mental son fundamentales para el ejercicio de la práctica asistencial diaria las habilidades comunicacionales y la interacción con el paciente, ya que se si realizan de manera adecuada, se pueden evitar situaciones de riesgo, aliviar momentos de intenso sufrimiento y contribuir a una mejor evolución de los pacientes.
Hemos detectado que todos los componentes del equipo tenemos margen de mejora al respecto y un número importante del personal no facultativo de las diferentes unidades de hospitalización del sector nos han trasladado su interés en poder formarse en este campo: aspectos teórico-prácticos en relación a los diferentes trastornos psiquiátricos que ingresan, así como recomendaciones y pautas sobre el manejo de éstos en distintas circunstancias que puedan generar dificultades en su abordaje.
Al tratarse la salud mental de una disciplina en la cual el trabajo en equipo es clave, este programa podría promover la uniformidad e idoneidad de las intervenciones por parte del personal sanitario, favoreciendo un ambiente terapéutico que facilite la evolución de los pacientes, sobre todo ante pacientes complejos y/o que nos generan problemas de contratransferencia, actuaciones ambiguas o directamente contradictorias entre los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto va dirigido a los TCAEs, enfermeras especialistas y celadores que trabajan en salud mental en el sector Teruel.
-Detectar por parte del equipo actuaciones susceptibles de mejorar en el contacto con el paciente.
-Mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones que generan interrupciones en la dinámica de la unidad.
-Fomentar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas.
-Revisar y actualizar aspectos teórico-prácticas de los trastornos psiquiátricos que puedan ser útiles para el abordaje diario con los pacientes.
-Al tratarse de una actividad eminentemente práctica, sobre casos reales; reducir el perjuicio que en el funcionamiento de las unidades provoca el frecuente recambio de profesionales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

-Mejorar el nivel de satisfacción del personal en relación a su trabajo diario en las unidades.

MÉTODO

El programa de calidad abordaría los siguientes aspectos:

- Manejo de las crisis de ansiedad.
- Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).
- Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
- Manejo de conductas retadoras / opositoras.
- Manejo de las ideas de suicidio.
- Manejo de la ira / agitación / agresividad.
- Manejo del hospitalismo.
- Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
- Manejo del insomnio.
- Manejo de la desinhibición.

El formato serían sesiones cortas, de unos 20-30 minutos, impartidos por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría y psicología clínica de las unidades) en los que se repasarían someramente aspectos teóricos de los trastornos y síntomas, centrándonos sobre todo en el manejo del paciente (habilidades de comunicación, posibles estrategias, qué no hacer;...etc.), dando pie a debatir situaciones concretas de usuarios que en ese momento o recientemente hayan estado ingresados en la unidad, lo cual nos puede servir para reforzar lo bien hecho y propuestas de mejora ante situaciones futuras similares.

Todas las sesiones se darían por duplicado: en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario, sitio y fechas a convenir con el personal para lograr la mayor asistencia posible, dándose difusión en forma adecuada.

INDICADORES

- Al final de cada sesión se pasará a todos los asistentes una encuesta con los siguientes ítems:
- ¿La sesión te ha servido para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles?
 - ¿Crees que contribuirá a mejorar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas?
 - ¿Han mejorado tus conocimientos teóricos?
- Al final del programa se añadirán en la última encuesta las preguntas:
- ¿En qué medida realizas tu trabajo diario con mayor satisfacción tras realizar el programa de formación?
 - ¿Qué propuestas de mejora realizarías para posibles ediciones futuras similares?

Salvo la última, todas las preguntas podrán responderse con:
NADA POCO ALGO BASTANTE MUCHO

Objetivo perseguido: lograr que un = del 75% de las respuestas totales sean "bastante o mucho"

DURACIÓN

Mayo de 2018: reunión de los integrantes del equipo para repartir sesiones y compartir material teórico.
Inicio de las sesiones en primera quincena junio de 2018 y finalización en primera quincena de diciembre, con una cadencia aproximada de una cada 3 semanas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA LATORRE FORCEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ CHAGOYEN BLANCA
REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA
GARCIA CALVO LAURA
VAL CLAU MARIA JOSE
GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA
MARTINEZ MARTINEZ ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre noviembre y diciembre, se realizaron 11 sesiones de formación sobre los siguientes aspectos teórico-prácticos:

- Introducción
- Manejo de las crisis de ansiedad.
- Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).
- Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
- Manejo de conductas retadoras / opositoristas.
- Manejo de las ideas de suicidio.
- Manejo de la ira / agitación / agresividad.
- Manejo del hospitalismo.
- Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
- Manejo del insomnio.
- Manejo de la desinhibición.

Dichas sesiones tuvieron una duración aproximada de 45 minutos, impartidas por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría, psicología clínica y enfermeras especialistas de las unidades) en los que se repasaron aspectos teóricos de los trastornos y síntomas, centrándonos sobre todo en el manejo de la práctica clínica (habilidades de comunicación, posibles estrategias, cuestiones a evitar, manejo conductual...etc.).

Al final de la exposición, se abrió un espacio de debate en el que se comentaba lo expuesto y se abordaban casos prácticos y situaciones concretas que se hubieran producido en las unidades, en las que se describían dudas o formas de actuar ante momentos que habían generado dificultades en el personal (reforzando los aspectos positivos y realizando propuestas de mejora ante situaciones futuras similares).

Las sesiones se impartieron en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario de 13 a 14 horas, tras haber sido elegido por la mayoría del personal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A-Datos de interés observados

A las sesiones acudieron una media de 16 personas. En ellas, cabe destacar la participación activa de los asistentes en las diferentes exposiciones, dando el punto de vista de abordaje desde las distintas unidades.

B-Indicadores del proyecto

Al final de las sesiones se entregó una encuesta, en la que se puntuaba del 0 al 5, con los siguientes ítems a valorar:

- Duración y metodología: en la que el 44,4% dijeron que eran precisos y un 55,6% muy precisos.
 - Utilidad en la práctica clínica para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles y la coordinación entre profesionales: 55,6% la consideraron útil y un 44,4% muy útil.
 - Importancia del contenido (¿han mejorado tus conocimientos teóricos?): 44,4% la valoraron como de relevancia y el 55,6% de máxima relevancia.
 - La totalidad de los asistentes afirman haber conseguido alcanzar los objetivos de aprendizaje definidos.
 - Todos los asistentes reflejaron que recomendarían la actividad a otro compañero.
 - Más de la mitad de los asistentes realizan una valoración global de la actividad como excelente y el resto como muy buena. Además, la totalidad de ellos refieren sentirse más satisfechos en su forma de actuar en el trabajo tras la formación.
- Como propuesta de mejora, destaca el hecho de que les gustaría repetir la formación de forma periódica y continuar presentando más casos prácticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los asistentes puntuaron los ítems de la encuesta entre el 4 y el 5, obteniendo una valoración muy positiva del proyecto.

Finalmente, se ha conseguido alcanzar el objetivo perseguido de lograr que un = del 75% de las respuestas totales de la encuesta sean "bastante o mucho".

Se ha observado una participación muy activa por parte de los presentes, ya que sobre todo se ha intentado realizar un abordaje más práctico para que fuera de utilidad en el día a día de las unidades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Como recomendación, se podría plantear repetir esta actividad de forma periódica al personal, para favorecer la asistencia de todos ellos, ya que suele ser frecuente el cambio de profesionales. Además, supondría una oportunidad de actualizar conocimientos, continuar promoviendo la coordinación entre el personal, desarrollando acciones más uniformes, y compartir aspectos de mejora o de dificultad en las intervenciones de la práctica clínica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/403 ===== ***

Nº de registro: 0403

Título
FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Autores:
LATORRE FORCEN PATRICIA, REBORDA AMOEDO ALEJANDRA, VAL CLAU MARIA JOSE, GOMEZ CHAGOYEN BLANCA, GARCIA CALVO LAURA, GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA, MARTINEZ MARTINEZ ANDREA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el ámbito de la salud mental son fundamentales para el ejercicio de la práctica asistencial diaria las habilidades comunicacionales y la interacción con el paciente, ya que se si realizan de manera adecuada, se pueden evitar situaciones de riesgo, aliviar momentos de intenso sufrimiento y contribuir a una mejor evolución de los pacientes.

Hemos detectado que todos los componentes del equipo tenemos margen de mejora al respecto y un número importante del personal no facultativo de las diferentes unidades de hospitalización del sector nos han trasladado su interés en poder formarse en este campo: aspectos teórico-prácticos en relación a los diferentes trastornos psiquiátricos que ingresan, así como recomendaciones y pautas sobre el manejo de éstos en distintas circunstancias que puedan generar dificultades en su abordaje.

Al tratarse la salud mental de una disciplina en la cual el trabajo en equipo es clave, este programa podría promover la uniformidad e idoneidad de las intervenciones por parte del personal sanitario, favoreciendo un ambiente terapéutico que facilite la evolución de los pacientes, sobre todo ante pacientes complejos y/o que nos generan problemas de contratransferencia, actuaciones ambiguas o directamente contradictorias entre los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va dirigido a los TCAEs, enfermeras especialistas y celadores que trabajan en salud mental en el sector Teruel.

- Detectar por parte del equipo actuaciones susceptibles de mejorar en el contacto con el paciente.
- Mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones que generan interrupciones en la dinámica de la unidad.
- Fomentar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas.
- Revisar y actualizar aspectos teórico-prácticos de los trastornos psiquiátricos que puedan ser útiles para el abordaje diario con los pacientes.
- Al tratarse de una actividad eminentemente práctica, sobre casos reales; reducir el perjuicio que en el funcionamiento de las unidades provoca el frecuente recambio de profesionales.
- Mejorar el nivel de satisfacción del personal en relación a su trabajo diario en las unidades.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

El programa de calidad abordaría los siguientes aspectos:

- Manejo de las crisis de ansiedad.
- Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).
- Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
- Manejo de conductas retadoras / opositoristas.
- Manejo de las ideas de suicidio.
- Manejo de la ira / agitación / agresividad.
- Manejo del hospitalismo.
- Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
- Manejo del insomnio.
- Manejo de la desinhibición.

El formato serían sesiones cortas, de unos 20-30 minutos, impartidos por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría y psicología clínica de las unidades) en los que se repasarían someramente aspectos teóricos de los trastornos y síntomas, centrándonos sobre todo en el manejo del paciente (habilidades de comunicación, posibles estrategias, qué no hacer;...etc.), dando pie a debatir situaciones concretas de usuarios que en ese momento o recientemente hayan estado ingresados en la unidad, lo cual nos puede servir para reforzar lo bien hecho y propuestas de mejora ante situaciones futuras similares. Todas las sesiones se darían por duplicado: en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario, sitio y fechas a convenir con el personal para lograr la mayor asistencia posible, dándose difusión en forma adecuada.

INDICADORES

- Al final de cada sesión se pasará a todos los asistentes una encuesta con los siguientes ítems:
- ¿La sesión te ha servido para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles?
 - ¿Crees que contribuirá a mejorar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas?
 - ¿Han mejorado tus conocimientos teóricos?
- Al final del programa se añadirán en la última encuesta las preguntas:
- ¿En qué medida realizas tu trabajo diario con mayor satisfacción tras realizar el programa de formación?
 - ¿Qué propuestas de mejora realizarías para posibles ediciones futuras similares?

Salvo la última, todas las preguntas podrán responderse con:
NADA POCO ALGO BASTANTE MUCHO

Objetivo perseguido: lograr que un = del 75% de las respuestas totales sean "bastante o mucho"

DURACIÓN

Mayo de 2018: reunión de los integrantes del equipo para repartir sesiones y compartir material teórico. Inicio de las sesiones en primera quincena junio de 2018 y finalización en primera quincena de diciembre, con una cadencia aproximada de una cada 3 semanas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA LATORRE FORCEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ CHAGOYEN BLANCA
REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA
VAL CLAU MARIA JOSE
GARCIA CALVO LAURA
GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA
ANDREA MARTINEZ MARTINEZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre noviembre y diciembre, se realizaron 11 sesiones de formación sobre los siguientes aspectos teórico-prácticos:

- Introducción
- Manejo de las crisis de ansiedad.
- Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).
- Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
- Manejo de conductas retadoras / oposicionistas.
- Manejo de las ideas de suicidio.
- Manejo de la ira / agitación / agresividad.
- Manejo del hospitalismo.
- Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
- Manejo del insomnio.
- Manejo de la desinhibición.

Dichas sesiones tuvieron una duración aproximada de 45 minutos, impartidas por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría, psicología clínica y enfermeras especialistas de las unidades) en los que se repasaron aspectos teóricos de los trastornos y síntomas, centrándonos sobre todo en el manejo de la práctica clínica (habilidades de comunicación, posibles estrategias, cuestiones a evitar, manejo conductual...etc.).

Al final de la exposición, se abrió un espacio de debate en el que se comentaba lo expuesto y se abordaban casos prácticos y situaciones concretas que se hubieran producido en las unidades, en las que se describían dudas o formas de actuar ante momentos que habían generado dificultades en el personal (reforzando los aspectos positivos y realizando propuestas de mejora ante situaciones futuras similares).

Las sesiones se impartieron en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario de 13 a 14 horas, tras haber sido elegido por la mayoría del personal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A-Datos de interés observados

A las sesiones acudieron una media de 16 personas. En ellas, cabe destacar la participación activa de los asistentes en las diferentes exposiciones, dando el punto de vista de abordaje desde las distintas unidades.

B-Indicadores del proyecto

Al final de las sesiones se entregó una encuesta, en la que se puntuaba del 0 al 5, con los siguientes ítems a valorar:

- Duración y metodología: en la que el 44,4% dijeron que eran precisos y un 55,6% muy precisos.
 - Utilidad en la práctica clínica para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles y la coordinación entre profesionales: 55,6% la consideraron útil y un 44,4% muy útil.
 - Importancia del contenido (¿han mejorado tus conocimientos teóricos?): 44,4% la valoraron como de relevancia y el 55,6% de máxima relevancia.
 - La totalidad de los asistentes afirman haber conseguido alcanzar los objetivos de aprendizaje definidos.
 - Todos los asistentes reflejaron que recomendarían la actividad a otro compañero.
 - Más de la mitad de los asistentes realizan una valoración global de la actividad como excelente y el resto como muy buena. Además, la totalidad de ellos refieren sentirse más satisfechos en su forma de actuar en el trabajo tras la formación.
- Como propuesta de mejora, destaca el hecho de que les gustaría repetir la formación de forma periódica y continuar presentando más casos prácticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los asistentes puntuaron los ítems de la encuesta entre el 4 y el 5, obteniendo una valoración muy positiva del proyecto.

Finalmente, se ha conseguido alcanzar el objetivo perseguido de lograr que un = del 75% de las respuestas totales de la encuesta sean "bastante o mucho".

Se ha observado una participación muy activa por parte de los presentes, ya que sobre todo se ha intentado realizar un abordaje más práctico para que fuera de utilidad en el día a día de las unidades.

Como recomendación, se podría plantear repetir esta actividad de forma periódica al personal, para favorecer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

la asistencia de todos ellos, ya que suele ser frecuente el cambio de profesionales. Además, supondría una oportunidad de actualizar conocimientos, continuar promoviendo la coordinación entre el personal, desarrollando acciones más uniformes, y compartir aspectos de mejora o de dificultad en las intervenciones de la práctica clínica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/403 ===== ***

Nº de registro: 0403

Título
FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Autores:
LATORRE FORCEN PATRICIA, REBORDA AMOEDO ALEJANDRA, VAL CLAU MARIA JOSE, GOMEZ CHAGOYEN BLANCA, GARCIA CALVO LAURA, GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA, MARTINEZ MARTINEZ ANDREA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el ámbito de la salud mental son fundamentales para el ejercicio de la práctica asistencial diaria las habilidades comunicacionales y la interacción con el paciente, ya que se si realizan de manera adecuada, se pueden evitar situaciones de riesgo, aliviar momentos de intenso sufrimiento y contribuir a una mejor evolución de los pacientes.
Hemos detectado que todos los componentes del equipo tenemos margen de mejora al respecto y un número importante del personal no facultativo de las diferentes unidades de hospitalización del sector nos han trasladado su interés en poder formarse en este campo: aspectos teórico-prácticos en relación a los diferentes trastornos psiquiátricos que ingresan, así como recomendaciones y pautas sobre el manejo de éstos en distintas circunstancias que puedan generar dificultades en su abordaje.
Al tratarse la salud mental de una disciplina en la cual el trabajo en equipo es clave, este programa podría promover la uniformidad e idoneidad de las intervenciones por parte del personal sanitario, favoreciendo un ambiente terapéutico que facilite la evolución de los pacientes, sobre todo ante pacientes complejos y/o que nos generan problemas de contratransferencia, actuaciones ambiguas o directamente contradictorias entre los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto va dirigido a los TCAEs, enfermeras especialistas y celadores que trabajan en salud mental en el sector Teruel.
-Detectar por parte del equipo actuaciones susceptibles de mejorar en el contacto con el paciente.
-Mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones que generan interrupciones en la dinámica de la unidad.
-Fomentar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas.
-Revisar y actualizar aspectos teórico-prácticas de los trastornos psiquiátricos que puedan ser útiles para el abordaje diario con los pacientes.
-Al tratarse de una actividad eminentemente práctica, sobre casos reales; reducir el perjuicio que en el funcionamiento de las unidades provoca el frecuente recambio de profesionales.
-Mejorar el nivel de satisfacción del personal en relación a su trabajo diario en las unidades.

MÉTODO
El programa de calidad abordaría los siguientes aspectos:
-Manejo de las crisis de ansiedad.
-Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

- Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
- Manejo de conductas retadoras / opositoras.
- Manejo de las ideas de suicidio.
- Manejo de la ira / agitación / agresividad.
- Manejo del hospitalismo.
- Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
- Manejo del insomnio.
- Manejo de la desinhibición.

El formato serían sesiones cortas, de unos 20-30 minutos, impartidos por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría y psicología clínica de las unidades) en los que se repasarían someramente aspectos teóricos de los trastornos y síntomas, centrándonos sobre todo en el manejo del paciente (habilidades de comunicación, posibles estrategias, qué no hacer;...etc.), dando pie a debatir situaciones concretas de usuarios que en ese momento o recientemente hayan estado ingresados en la unidad, lo cual nos puede servir para reforzar lo bien hecho y propuestas de mejora ante situaciones futuras similares. Todas las sesiones se darían por duplicado: en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario, sitio y fechas a convenir con el personal para lograr la mayor asistencia posible, dándose difusión en forma adecuada.

INDICADORES

- Al final de cada sesión se pasará a todos los asistentes una encuesta con los siguientes ítems:
- ¿La sesión te ha servido para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles?
 - ¿Crees que contribuirá a mejorar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas?
 - ¿Han mejorado tus conocimientos teóricos?
- Al final del programa se añadirán en la última encuesta las preguntas:
- ¿En qué medida realizas tu trabajo diario con mayor satisfacción tras realizar el programa de formación?
 - ¿Qué propuestas de mejora realizarías para posibles ediciones futuras similares?

Salvo la última, todas las preguntas podrán responderse con:
NADA POCO ALGO BASTANTE MUCHO

Objetivo perseguido: lograr que un = del 75% de las respuestas totales sean "bastante o mucho"

DURACIÓN

Mayo de 2018: reunión de los integrantes del equipo para repartir sesiones y compartir material teórico. Inicio de las sesiones en primera quincena junio de 2018 y finalización en primera quincena de diciembre, con una cadencia aproximada de una cada 3 semanas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0590

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CONCONTENCION MECANICA EN LA UCE DEL HOP

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ANA ROSA GRAÑENA MUNIENTE
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO TORRES MARIA DOLORES
MARTINEZ MARTINEZ ANDREA
SANCHEZ DOMINGO AINOVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre abril y septiembre se elaboró el plan de cuidados de enfermería estandarizado para el paciente con contención mecánica. El documento incluye los diagnósticos de enfermería, los objetivos de enfermería (con los indicadores para medir) y las intervenciones de enfermería (con las actividades a realizar). Así mismo se realizó una versión resumida del plan de cuidados, a modo de planilla que rellenar, con los aspectos más relevantes y que permitiera un uso más sencillo de la herramienta en la que se apoyaría la intervención.

Durante el mes de septiembre expusimos en sesiones individuales el trabajo realizado con las compañeras de enfermería de la unidad. Explicando las características del proyecto y las pautas a seguir para realizar la intervención. Se facilita una guía impresa que sirva de documento de consulta del proyecto.

Entre octubre y enero se aplicó el plan de cuidados a los pacientes que se encontraron sometidos a contención mecánica durante ese periodo en nuestra unidad. En él de manera individual se han detallado los diagnósticos de enfermería detectados (tanto los que motivaron la sujeción física como los que se han desarrollado a partir de esta), los objetivos que nos planteamos conseguir, los indicadores apropiados para medir los resultados, así como las intervenciones específicas que se van a desarrollar. Así mismo se realizó la recogida de los datos necesarios para completar los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A- Datos de interés observados

El número total de pacientes contenidos durante el periodo del 1 de octubre de 2018 al 31 de enero de 2019 fue de 10 personas.

El número total de pacientes contenidos durante el periodo del 1 de octubre de 2018 al 31 de enero de 2019 al que aplicamos el plan de cuidados estandarizado del paciente contenido fue de 10 personas.

B- Indicadores del proyecto

• Uso de contención mecánica:

La prevalencia de pacientes a los que se aplica contención mecánica en nuestra unidad es del 12,5 % durante ese periodo.

• Cumplimiento del plan de cuidados propuesto:

La realización del plan de cuidados propuesto es del 100 %.

• Control eficaz de la agitación:

El número de enfermos con agitación psicomotriz que a las 2 horas llegan a un adecuado nivel de control tras la aplicación del plan de cuidados es del 50 %.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El uso de contención mecánica tiene una prevalencia importante en nuestra UCE de psiquiatría, lo que hace que sea necesario el uso de planes de cuidados estandarizados que unifiquen y mejoren las intervenciones que realizamos a estos pacientes.

Durante la implantación del plan de cuidados nos encontramos con la dificultad de la variabilidad del tiempo en el que los pacientes estaban contenidos. Por lo que decidimos que aplicaríamos la intervención solo a aquellos pacientes en los que la contención tuviera duración mayor de 1 hora. Ya que los pacientes que excluimos, han sido contenidos fuera de nuestra unidad, a su llegada se muestran tranquilos y nuestra única labor es retirar la sujeción física. Durante el periodo de recogida de datos fueron 3 pacientes

Otra de las situaciones que surgieron es que uno de los pacientes requirió la contención mecánica varias veces durante el ingreso, lo cual resolvimos recuperando el mismo plan de cuidados y considerando que había habido un retroceso en la mejoría.

En cuanto al resultado del control de la agitación, consideramos que además de la intervención de enfermería influyen en gran medida otros factores como la pauta médica farmacológica, la patología de base psiquiátrica que padece el paciente o las características de personalidad del mismo; por lo que no se puede atribuir la resolución o no del concepto de agitación con la aplicación únicamente del plan de cuidados de enfermería, aunque obviamente influye en su resolución.

Como recomendación, el equipo que ha realizado este proyecto considera que debemos seguir trabajando en esta dirección que nos permite unificar criterios y ampliar las intervenciones de enfermería haciéndolas más completas, más seguras y de mayor calidad para el cuidado de nuestros pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0590

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CONCONTENCION MECANICA EN LA UCE DEL HOP

Así mismo creemos que sería muy interesante seguir trabajando en este campo, aplicando nuevas intervenciones como podría ser la implantación de un registro de intervención consensuado por psiquiatría y enfermería, la medición de parámetros de comodidad del paciente con escalas o impulsando un programa de "debriefing" dirigido a los profesionales que realizan la intervención.

7. OBSERVACIONES.

Si fuera necesario, sería posible enviar como anexos los documentos elaborados.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/590 ===== ***

Nº de registro: 0590

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CON CONTENCION MECANICA (CM) EN LA UCE DEL HOP

Autores:
GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA, SERRANO TORRES MARIA DOLORES, MARTINEZ MARTINEZ ANDREA, SANCHEZ DOMINGO AINOA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La CM es un procedimiento terapéutico consistente en la aplicación, control y extracción de dispositivos de sujeción mecánica. La agitación psicomotora supone una urgencia médica o psiquiátrica y se considera una de las causas principales de la aplicación de esta técnica. Se utiliza con frecuencia en el medio sanitario, empleándose en el 6% de los pacientes psiquiátricos ingresados. Las características de la CM son muy especiales y entrañan numerosos riesgos, colocando a la persona en una situación de vulnerabilidad. Los cuidados por parte del equipo de enfermería y del resto de profesionales son una parte fundamental. Es de gran importancia satisfacer las necesidades básicas que no puede hacer por sí mismo, extremar la vigilancia por las posibles complicaciones físicas y realizar una evaluación continua de la esfera emocional. Este proyecto pretende desarrollar un plan de cuidados de enfermería estandarizado para el paciente sometido a CM, que guíe, unifique y mejore la forma de trabajar del equipo de enfermería a través del establecimiento de pautas de actuación en los cuidados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar calidad de los cuidados en el paciente con CM.
- Unificar los procedimientos y la forma de trabajar durante el desarrollo de los cuidados de enfermería
- Minimizar los riesgos y las complicaciones derivados de la CM durante su aplicación
Población diana: pacientes mayores de 18 años a los que se les ha aplicado la CM durante su ingreso en la unidad de corta estancia del Hospital Obispo Polanco de Teruel

MÉTODO

El proyecto de calidad abordará las siguientes intervenciones:
Se elaborará un plan de cuidados de enfermería que contemple los siguientes campos de trabajo a tener en cuenta en la dinámica de cuidados del paciente contenido. En cada uno de ellos se especificarán las actividades a realizar por parte del equipo de enfermería
Control de la sujeción física
Monitorización de signos vitales y neurológicos
Administración de fármacos
Ayuda en el autocuidado (alimentación, aseo, vestido y baño)
Control de riesgos
Prevención de complicaciones: broncoaspiración, lesiones cutáneas, cardiovascular...
Control de la agitación psicomotriz
Manejo de la ansiedad y del insomnio
Promoción del confort

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0590

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CONCONTENCION MECANICA EN LA UCE DEL HOP

Presencia, contacto y escucha activa
Apoyo a la familia

Se realizarán sesiones formativas en las que se expondrá el plan de cuidados elaborado así como las pautas a seguir para la implantación al resto de equipo de la unidad. Se facilitará una guía impresa que sirva de documento de consulta donde se recogerá el proyecto.

A partir de la propuesta del plan de cuidados estándar, se valorará al paciente que se encuentre en situación de contención mecánica y se desarrollará de acuerdo con sus necesidades un plan de cuidados individualizado. En él, de manera personal, se detallarán los diagnósticos de enfermería detectados (tanto los que motivaron la sujeción física como los que se han desarrollado a partir de ésta), los objetivos que se plantea conseguir, los indicadores apropiados para medirlos y las intervenciones que se van a desarrollar junto a sus actividades. Se facilitará una planilla impresa del plan de cuidados estándar donde poder trabajar de forma más sencilla y eficaz.

Se facilitarán y cumplimentarán nuevos documentos de registro de enfermería más completos que nos permitirán monitorizar la intervención. También se desarrollará una escala de evaluación de enfermería en la que se contemplarán los objetivos e indicadores pertinentes.

Se concluirá el proceso con una reunión evaluativa en la que se contará con todos los profesionales de enfermería que hayan participado en la implantación, que tendrá como finalidad poner en común las conveniencias y las dificultades del proyecto, y la reflexión sobre la experiencia desarrollada durante este periodo de trabajo.

INDICADORES

- Uso de contención mecánica:

Criterio: conocer la prevalencia de pacientes a los que se le aplica la contención mecánica

Indicador: $(n^{\circ} \text{ pacientes a los que se les aplica medidas de contención} / n^{\circ} \text{ pacientes en la unidad}) \times 100$

- Cumplimiento del plan de cuidados propuesto

Criterio: verificar la realización de las actividades programadas en el plan de cuidados

Indicador: $(n^{\circ} \text{ pacientes contenidos con el plan de cuidados cumplimentado adecuadamente} / n^{\circ} \text{ enfermos con contención mecánica}) \times 100$

- Control eficaz de la agitación :

Criterio: alcanzar un adecuado nivel de control en el enfermo con agitación psicomotriz, a las 2 horas tras la aplicación del plan de cuidados

Indicador: $(n^{\circ} \text{ enfermos con agitación psicomotriz que a las 2h llegan a un adecuado nivel de control tras la aplicación del plan de cuidados} / n^{\circ} \text{ enfermos a los que se le aplica el plan de cuidados}) \times 100$

DURACIÓN

Abril-junio 2018: elaboración del proyecto por el equipo responsable del proyecto.

Julio-diciembre 2018: aplicación del proyecto. Su implantación será puesta en marcha por el equipo de enfermería de la UCE de psiquiatría del HOP.

Enero 2019: análisis de los datos obtenidos y conclusiones, por el equipo responsable 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 - 2019/0947

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN EL H. OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE LORENA PEREYRA GRUSTAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IGLESIAS ECHEGOYEN CARLOS
RESANO JUANA MARIA
LATORRE FORCEN PATRICIA
SUSIN ARREGUI INES EMILIA
VIVES HIDALGO ERIC

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el plazo previsto se recogió bibliografía y documentación relacionada con el proyecto y se realizaron reuniones vía telemática entre los miembros del grupo, en enero se confeccionó el protocolo y se elevó a Dirección del Hospital para su aprobación. A lo largo de 2020 se realizará el resto del proyecto de calidad (se convierte en proyecto de seguimiento)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

PROTOCOLO PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL HOP

El paciente que acude a las urgencias del centro hospitalario por ideación, intento o riesgo suicida debe ser evaluado previamente por su médico de urgencias quien será el primer eslabón del abordaje de la prevención, teniendo un papel destacado en la identificación. Este será quien avise al profesional de salud mental para la evaluación psicosocial correspondiente, facilitando la supervisión constante del paciente hasta la llegada del mismo. Tras la evaluación se concreta un plan terapéutico y en función del riesgo inminente de suicidio y las características personales o ambientales del paciente, se puede valorar la derivación a recursos de salud mental ambulatorios o ingreso en Unidad de Psiquiatría. En caso de que se haya producido un intento autolítico, según repercusión orgánica se puede indicar ingreso en planta médica, priorizando en este caso el abordaje orgánico del cuadro, siempre que la supervisión y seguridad del paciente queden garantizadas.

El facultativo responsable a través de la entrevista clínica hará balance entre los factores protectores y factores de riesgo de cada caso individual para valorar el riesgo suicida. Esto no va a depender exclusivamente de la psicopatología del paciente sino de la intencionalidad letal, de la expectativa de morir a través del acto, de la presencia y calidad de controles internos del sujeto (capacidad para controlar sus impulsos) o externos (existencia de familiares o personas comprometidas en su supervisión). También habrá que contemplar la posibilidad de eventos o cambios de naturaleza psicopatológica, psicosocial u orgánicos que puedan facilitar el empeoramiento. Se restringe el ingreso a pacientes que por su gravedad o ausencia de apoyo socio familiar presentan un riesgo inmediato de autolesión.

1-DETECCIÓN PACIENTES DIANA

-Pacientes que ingresan en cualquiera planta del HOP vía Servicio de Urgencias y que en dicho Servicio se recogen en el momento actual o en el pasado cercano, ideación o conductas autolesivas

-Idem si dicha información es recogida con el paciente ya ingresado en cualquier planta del HOP

2-TIPIFICACIÓN DEL CASO

-Desde Servicio de urgencias o desde la planta médica correspondiente se avisa (bien interconsulta "en el día", bien psiquiatra de guardia) al FEA de psiquiatría

-Dicho facultativo decidirá en base a entrevista clínica +/- escalas si el riesgo es leve/moderado/grave y si es imprescindible el ingreso del paciente en UCE de psiquiatría y realizará el "Registro del protocolo de prevención de conducta suicida".

3-RECOMENDACIONES

-Una vez ingresado el paciente, se seguirán las recomendaciones previstas, ya sea para planta médica o para UHB (Unidad de Hospitalización Breve).

RECOMENDACIONES EN PACIENTES INGRESADOS EN PLANTA MÉDICA H.OBISPO POLANCO CON POTENCIAL RIESGO AUTOLESIVO

?El suicidio es uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública. Una adecuada valoración del riesgo y la transmisión de información entre los profesionales implicados constituyen medios básicos para reducir su impacto, detectar riesgos ambientales y realizar acciones preventivas.

?Las siguientes recomendaciones son orientativas, pudiéndose adaptar por el personal sanitario responsable en función de las características del paciente y/o del Servicio en que esté ingresado.

Se garantizará que todos los pacientes ingresen en unidad de hospitalización médica con el registro de protocolo de suicidio que identifique el nivel de riesgo y las medidas a adoptar en su caso.

1- Garantizar el traslado del paciente del servicio de urgencias a planta médica acompañado en todo momento por personal sanitario para evitar; fugas, agitación o conductas autoagresivas.

2-En lo posible: ingresarlo en una habitación próxima al control de enfermería (preferentemente en frente), con compañero de habitación y con la puerta abierta.

3- informar a los familiares y registrar en historia clínica la situación de riesgo y necesidad de acompañamiento o supervisión constante.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0947

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCION DE SUICIDIO EN EL H. OBISPO POLANCO

- 4-Mantener cerradas las ventanas de la habitación en la medida de lo posible. Cuando sea preciso ventilar, que el paciente esté acompañado. Avisar al personal de la limpieza de esta circunstancia y de que no descuiden el carro de limpieza y productos.
- 5- El paciente debe permanecer vestido con ropa hospitalaria para poder ser detectados en caso de fuga. Restringir el acceso a su ropa de calle.
- 6-Evitar presencia a su alrededor de objetos y/o productos potencialmente lesivos (tijeras, cuchillas de afeitar, cinturones, productos de limpieza, medias, cordones, bolsas, cables, mecheros o cerillas...). Utilizar si es posible cubiertos y vasos de plástico; en todo caso asegurarse que tras las comidas se retiren los utensilios correspondientes. Informar a paciente y familia, revisar taquilla.
- 7-No dejar medicación al alcance paciente y comprobar que toma la pauta delante de personal sanitario para evitar acumulación. Informar a la familia que se abstengan de traer medicación externa.
- 8-La medida más eficaz para evitar el suicidio es la presencia de otra persona. Es deseable que el paciente esté acompañado continuamente por familiares, amigos y/o cuidadores, incluso cuando vaya al aseo. Se tratará de asegurar la supervisión constante del paciente bien sea por personal médico o familiar. Si no pudiera asegurarse, contactar con trabajo social para poder conseguirlo bien mediante la búsqueda de familiares o la búsqueda de servicios privados.
- 9- La observación frecuente y chequeo rutinario del personal de pertenencias y circunstancias del ingreso, son intervenciones clave en la prevención del suicidio.
- 10- El personal debe crear un ambiente terapéutico de confianza y empatía para que puedan hablar con confianza de cómo se sienten y abordar los comportamientos y sentimientos autolesivos para facilitar la prevención de respuesta.
- 11-Supervisión por parte del personal de las visitas revisando las pertenencias en caso de necesidad.
- 12-Si a pesar de las recomendaciones surgen dudas o contratiempos que no tiene que ver con su estado orgánico, solicitar atención en el día al Servicio de psiquiatría, bien mediante interconsulta, bien avisando psiquiatra de guardia.
- 13- La decisión de desactivar las medidas de control corresponde al psiquiatra según propia valoración y la información de la evolución transmitida por el equipo. El nivel de vigilancia irá disminuyendo de forma gradual. Enfermería debe hacer constar en historia el nivel de vigilancia y control así como cualquier incidencia. El psiquiatra firmará el fin del protocolo de suicidio en planta médica.
- 14--Según la evolución del paciente, tras estabilización de su situación orgánica, se valorará por facultativo especialista de salud mental si precisa ingreso en planta de psiquiatría o bien se deriva a recurso ambulatorio.
- 15-En caso de fuga: avisar Policía Local o Autonómica y a familiares.

RECOMENDACIONES EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE PSIQUIATRÍA DEL H. OBISPO POLANCO CON POTENCIAL RIESGO AUTOLESIVO

?El suicidio es uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública. Una adecuada valoración del riesgo y la transmisión de información entre los profesionales implicados constituyen medios básicos para reducir su impacto, detectar riesgos ambientales y realizar acciones preventivas. Recordar que la mayor parte de suicidios dentro de UHBs son mediante ahorcamiento y el segundo más frecuente por precipitación. La seguridad es un elemento clave de la calidad.

Se garantizará que todos los pacientes ingresen en UHB con el registro de protocolo de suicidio que identifique el nivel de riesgo y las medidas a adoptar en su caso.

- 1- Todo paciente que ingresa en la UHB debe de ser valorado en su acogida en relación al riesgo de suicidio.
- 2- Garantizar el traslado del paciente del servicio de urgencias a planta médica acompañado en todo momento por personal sanitario para evitar fugas, agitación o conductas autoagresivas.
- 3- Informar a familia y cuidadores acerca de estas cuestiones relevantes sobre seguridad prohibiendo introducir en la unidad elementos que puedan suponer un riesgo.
- 4- En lo posible: ingresarlo en una habitación próxima al control de enfermería en función de la gravedad del intento o ideación:
 - En el nivel 1 de riesgo: facilitar la observación directa habitación 304 o por videocámara (hab 306).
 - En el nivel de riesgo 2-3: poner en habitación acompañado
- 5- Retirar objetos y/o productos potencialmente lesivos (tijeras, cuchillas de afeitar, cinturones, productos de limpieza, medias, cordones, cables, bolsas, mecheros o cerillas...). Se realizarán revisiones periódicas de sus pertenencias que pueden ser inesperadas, si el riesgo queda catalogado como grave.
- 6- El personal de la limpieza debe garantizar la seguridad, debiendo avisarles del riesgo para asegurar el control de productos y herramientas de limpieza potencialmente autoagresivos.
- 7- Los pacientes que mantengan intencionalidad activa deberán ser sometidos a vigilancia continuada, protocolizada individualmente:
 - Valorar la necesidad de reorganización del personal mientras persistan estas necesidades. La enfermera designará a la persona indicada en cada uno de los controles.
 - Ubicación del paciente en habitaciones cercanas al control con/sin restricción de salidas
 - Observación directa cada 15 minutos y siempre que se considere necesario
 - Durante el día deberá permanecer en zonas comunes o acompañado por personal.
 - En situación de riesgo autolítico inminente se valorará la conveniencia de contención mecánica.
- 8- El paciente debe permanecer vestido con ropa hospitalaria para poder ser detectados en caso de fuga. Restringir el acceso a su ropa de calle.
- 9- La observación frecuente y chequeo rutinario del personal de pertenencias y circunstancias del ingreso, son intervenciones clave en la prevención del suicidio.
- 10- Establecer sistemas estructurados de recogida y transmisión de información entre los profesionales sobre situación y de riesgo de los pacientes incidiendo en los cambios de turno. Realización de reuniones de equipo diarias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0947

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCION DE SUICIDIO EN EL H. OBISPO POLANCO

- 11-Durante el ingreso iniciar la labor terapéutica estableciendo una relación basada en la empatía y el respeto que permita facilitar expresión de emociones y sentimientos: escucha activa sin juzgar criticar o culpabilizar, demostrando interés y transmitiendo confianza. Mostrar disponibilidad, respondiendo a dudas y preguntas sin prisa. Todo ello facilita la contención del paciente. Se puede realizar una intervención en crisis o estimular la resolución de problemas. Probablemente será necesario tratamiento farmacológico o incluso abordajes diagnósticos o terapéuticos más complejos.
- 12-Ayudar al paciente a elaborar generalizaciones, ideas erróneas y sobrevaloradas, especialmente en lo referido a su autoestima: ayudar a identificar aspectos positivos y señalar los progresos. Realizar psicoeducación.
- 13-Animar al paciente a participar en actividades de la Unidad: promover la interacción mediante dinámicas de grupo
- 14-Control estricto de la toma de medicación; supervisión directa de la toma.
- 15-Supervisión por parte del personal de las visitas revisando las pertenencias en caso de necesidad.
- 16-Extremar atención si:
- Mejora la inhibición psicomotriz.
 - Presenta plan autolítico estructurado.
 - Observamos mejoría brusca con sensación de paz interior.
 - Identificación con persona que cometió suicidio.
- Realiza gestos o despedidas simbólicas.
- 17-Es recomendable que el ingreso dure un tiempo prudencial para evaluar la situación clínica y la psicopatología subyacente con la finalidad de establecer un plan terapéutico.
- En el supuesto de que el paciente presente ideación suicida cronificada se recomienda facilitar intervención en crisis para evitar cronificación de conductas y amenazas suicidas evitando rol de enfermedad y hospitalismo.
- 18- Informar a responsables de cualquier riesgo ambiental que no haya sido detectado hasta la fecha, para poner en marcha acciones preventivas
- 19- Registrar de manera específica todas las tentativas realizadas dentro de la Unidad para poder mejorar en la prevención
- 20- Valorar la idoneidad de dar permisos terapéuticos de la unidad, solo o acompañado, en función del caso concreto, nivel de riesgo y del beneficio estimado. Durante los permisos se suele producir el mayor número de fugas e intentos de suicidio, valorar balance entre autonomía y seguridad. Todos los permisos deberán ser registrados mediante el registro de salidas y firmado por el profesional responsable, paciente y/o familiar en su caso.
- 21- Se evitará que el paciente disponga en la habitación de objetos que pudieran utilizarse con fines autolíticos prevaleciendo la seguridad a cualquier otra circunstancia. Si tales objetos fueran necesitados por el paciente se le darán siempre y cuando haya una supervisión directa de los mismos y se guardarán en el casillero de pertenencias del control de enfermería.
- 22- Dentro de las medidas de seguridad se evitará que los pacientes utilicen objetos cortantes tales como cuchillos o similares. En nuestro centro se solicitarán cubiertos de plástico que deberán ser recontados al final de cada turno de comida.
- 23- El espacio de tiempo entre cambio de turno, es un tiempo de especial riesgo para la realización de actos autoagresivos. Durante el mismo, será el celador el encargado de realizar la supervisión directa en función del nivel de riesgo.
- 24- En caso de fuga: avisar Policía Local o Autonómica y a familiares.
- 25- En relación a la seguridad de elementos estructurales de la Unidad de Hospitalización se recomienda: ventanas de apertura limitada con llave custodiada, eliminación en la medida de lo posible de cables, elementos de fontanería, perchas o materiales de metal irrompible. Instalar espejos irrompibles, ocultar o proteger enchufes y todo equipamiento eléctrico, evitar que las puertas puedan ser cerradas desde dentro, evitar espacios estancos sin posible supervisión.
- 26- Los despachos y otras dependencias permanecerán cerrados y no deben contener muestras o restos de medicaciones.

NIVELES DE VIGILANCIA DEL PACIENTE POTENCIALMENTE SUICIDA

Monitorización aun cuando se perciba mejoría.

Grado de observación hospitalaria:

- 1)- Persona que acompaña de forma permanente al paciente (valorar de forma individual si es preciso durante el uso del baño)
- 2)- Observación cada 15-20 minutos
- 3)- Observación cada 30-40 min.

DESACTIVACIÓN DEL PROTOCOLO

-La decisión de desactivar las medidas de control específicas corresponde al psiquiatra/psicólogo según su propia valoración e información aportada por el equipo sobre la evolución del paciente.

-El nivel de vigilancia irá disminuyendo de forma gradual.

-Enfermería hará constar en la historia el nivel de vigilancia así como cualquier incidencia.

-El psiquiatra registrará por escrito, fechará y firmará el fin del protocolo.

Tras el alta se deben planificar los cuidados debido a la alta reincidencia en estas conductas. Por tal motivo los pacientes deben ser revisados ambulatoriamente de forma estrecha, facilitando la transmisión de información entre profesionales de UHB y USM e incluyendo en informe de alta fecha de seguimiento en Centro de Salud Mental con psiquiatría y/o psicología clínica.

Se recomienda que el seguimiento en CSM se realice en los 15 primeros días tras el alta. En caso de que la persona no acuda a la cita y la persona tiene un elevado riesgo de suicidio se recomienda hacer búsqueda activa del paciente para ponerse en contacto con él.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0947

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCION DE SUICIDIO EN EL H. OBISPO POLANCO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De la valoración de guías, protocolos y demás bibliografía en torno al riesgo autolítico podemos concluir que las condiciones estructurales y medidas realizadas en la UHB del HOP son adecuadas y actualizadas, aunque no eran registradas de forma general y consensuada. Observamos mejoras posibles y planteamos durante el proyecto de seguimiento la posibilidad de hacer cambios en el protocolo que permitan realizar un estudio de campo que facilite la realización de las acciones de forma coordinada minimizando los riesgos de las conductas autolíticas en unidad de hospitalización breve de psiquiatría.

A partir de febrero de 2020 hasta febrero de 2011 planteamos la recogida de datos y supervisión estrecha de los protocolos para garantizar la seguridad de los pacientes ingresados con riesgo suicida en HOP. Se elaborará un registro de incidencias relacionados con vistas a la mejora continua.

7. OBSERVACIONES.

He puesto que el proyecto es de seguimiento porque lo queremos continuar este año. Si estuviera incorrecto por favor avisadnos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/947 ===== ***

Nº de registro: 0947

Título
PROTOCOLO DE PREVENCION DE SUICIDIO EN EL H. OBISPO POLANCO

Autores:
PEREYRA GRUSTAN LORENA, IGLESIAS ECHEGOYEN CARLOS, LATORRE FORCEN PATRICIA, RESANO JUANA MARIA, VAL CLAU MARIA JOSE, GRACIA BERTOLIN LAURA, VIVES HIDALGO ERIC

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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
La atención a las personas con riesgo autolesivo con objetivos finalistas, está poco registrada y su prevención escasamente protocolizada de forma general. Por ello no es infrecuente la pérdida del paciente a través del proceso administrativo hasta su valoración según niveles de riesgo por salud mental. La realización de un protocolo de prevención y atención al paciente con riesgo suicida, facilitaría la atención coordinada por parte de los diferentes profesionales que atienden al paciente, minimizando los riesgos. A su vez un servicio protocolizado y con niveles de alerta, aportaría seguridad al personal que no atiende de forma habitual a pacientes con esta problemática, al mismo paciente y a sus familias. La realización de este protocolo y actuación coordinada y efectiva de los profesionales, facilitaría el inicio de acciones preventivas y lo que es más importante, permitiría la identificación de casos y que el paciente se beneficie de tratamiento médico y psicológico adecuado para el restablecimiento de su salud emocional.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la captación inicial y seguimiento de los pacientes con intención suicida en sus diversos niveles de gravedad desde su valoración en servicio de urgencias hasta su ingreso en planta del Hospital Obispo Polanco.
- Mejorar la coordinación en la asistencia especializada en psiquiatría con el servicio de urgencias y plantas médicas, en caso de intentos de autolisis con especial repercusión médica a través de actividades de enlace e interconsulta realizado desde el servicio de psiquiatría.
- Mejorar la gestión y minimización de los riesgos asociados a conducta suicida durante el periodo de ingreso en el hospital.
- Establecer un sistema de alertas que mejore la prevención de la conducta suicida.
-Mejorar la gestión de los aspectos relativos a la seguridad del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0947

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREVENCION DE SUICIDIO EN EL H. OBISPO POLANCO

- Aumento de la confianza del equipo a través de protocolo específico disponible que facilite la gestión de posibles contingencias.
- Adecuación de las instalaciones hospitalarias a las necesidades asistenciales con la finalidad de minimizar los riesgos de conducta suicida

MÉTODO

Elaborar un sistema de clasificación simple y accesible a profesionales que discrimine entre riesgo leve, moderado o grave de suicidio.
Realización de reuniones de trabajo para compartir experiencias, discutir, elaborar y adecuar el protocolo al medio concreto de nuestro hospital.
Informar del protocolo desde urgenciólogos a médicos especialistas de planta médica y personal de salud mental a través de sesiones informativas.
Supervisar adecuado cumplimiento de tiempos para la elaboración del protocolo de prevención y actuación ante riesgo suicida.
Iniciar supervisión y seguimiento de casos para valorar la ejecución adecuada del protocolo.
Informar de los resultados obtenidos con vistas a mejorar la consecución de resultados de calidad en la atención, según protocolo planteado.
Evaluar y replantear modificaciones del protocolo tras la operativización del mismo con vistas a minimizar riesgos observados.

INDICADORES

% Pacientes cuyo grado de alerta de riesgo suicida se monitoriza correctamente en el primer contacto desde el servicio de urgencias: 95%
Pacientes con intencionalidad autolítica que son ingresados en planta médica y para los cuales se cumplimentan de forma adecuada todos los ítems del protocolo (80%)
Pacientes con intencionalidad autolítica que son ingresados en planta de psiquiatría y para los cuales se cumplimentan de forma adecuada todos los ítems del protocolo (90%)
Que tras la cumplimentación adecuada del protocolo no aparezcan conductas adversas (nuevos gestos o intentos autolíticos, fugas...) <5%

DURACIÓN

Comienzo de sistema de recogida de documentación y realización de reuniones de trabajo (mayo, junio, septiembre y octubre de 2019) así como trabajo en red.
Creación de sistema básico de clasificación de gravedad del riesgo suicida a lo largo del mes de abril- mayo.
Consecución del protocolo en diciembre 2019.
Informar del programa a médicos de urgencias y especialidad del Hospital Obispo Polanco así como a la red de psiquiatría de atención a urgencias, a lo largo del mes de noviembre de 2019.
Seguimiento de casos, elegidos al azar entre pacientes con riesgo suicida y ubicados en box de urgencias, planta médica o unidad de psiquiatría para valorar la cumplimentación del protocolo (diciembre a marzo del 2020)
Fin de recogida de datos el 30 de marzo de 2020.
Valoración de posibles modificaciones del protocolo según resultados obtenidos (marzo -abril 2020)
Publicación del protocolo en la intranet del Hospital Obispo Polanco en mayo 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 - 2018/0011

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE GLORIA MARIA MARTINEZ SANZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILAR BONACASA EVA YOLANDA
YAGO ESCUSA MARIA DOLORES
FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza una valoración inicial para definir las áreas en las que incidir, tanto de Atención Primaria como de Hospital y con las que desarrollar el proyecto, con el objetivo de disminuir el número de solicitudes radiológicas.

Además de Atención Primaria se consideran las Secciones de Digestivo y Endocrinología y el Servicio de Anestesia del Hospital, con las siguientes actividades con cada una de estas áreas:

- Atención Primaria

Primera reunión con representantes de Atención Primaria, Dirección y Servicio de Radiología (23/03/18), para determinar los puntos a elegir correspondientes a la inadecuación en la solicitud de radiología simple. Se acuerda envío de nota informativa a los Centros de Atención Primaria, con las recomendaciones acordadas para las exploraciones acordadas.

Junio de 2018: reunión conjunta de representantes de UME (unidad de musculoesquelético) y Radiología con Centros de Atención Primaria, con presentación de protocolos consensuados de actuación para la derivación de patología musculoesquelética desde Atención Primaria y donde se incluyen las diferentes pruebas diagnósticas con sus correspondientes indicaciones, que se envían a todos los Centros de Atención Primaria.

- Servicio de Anestesia

No se ha desarrollado por dificultades de tiempo, tanto por la situación del Servicio de Radiología como el de Anestesia, ambos con deficiencias en sus plantillas. Pendiente de desarrollar a lo largo del año 2019.

- Sección de Digestivo

Reunión de representantes de la Sección de Digestivo y Radiología (mayo 2018).

Se aborda el punto correspondiente a la solicitud inadecuada de estudios de Enema Opaco. De forma consensuada se establecen tres únicas indicaciones:

- Negativa del paciente a la realización de estudio endoscópico.

- Imposibilidad de realizar colonoscopia completa.

- Imposibilidad de realizar colonoscopia por las condiciones del paciente.

- Sección de Endocrinología

Con el objetivo de optimizar la realización de la Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF) de nódulos tiroideos, se realizó una valoración inicial de la bibliografía sobre la aplicación del sistema TIRADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System).

Reunión conjunta posterior de los miembros de la sección de Endocrinología (28/03/18) con Radiología. Se acepta de forma consensuada el uso del sistema EU-TIRADS para la realización de los informes ecográficos, así como seguir las indicaciones de PAAF incluidas en esta guía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Atención Primaria

La situación del Servicio de Radiología, con importantes deficiencias en su plantilla, no han permitido realizar un adecuado seguimiento y evaluación de las solicitudes de las pruebas de radiología simple incluidas en el proyecto.

De forma general no se aprecia una reducción significativa del número de solicitudes que podemos considerar inadecuadas.

Se mantienen las recomendaciones en los informes radiológicos para adecuar los tipos de proyecciones en cada exploración y se llevan a cabo indicaciones para los técnicos que realizan los estudios, con el objetivo de minimizar el número de estudios que posteriormente sea preciso repetir.

- Sección de Digestivo

Se ha producido una importante reducción en el número de exploraciones de Enema Opaco realizadas durante el año 2018, respecto a 2017, teniendo en cuenta, que la evaluación del año 2018 se realiza solo durante 7 meses, a partir de la puesta en marcha de estos acuerdos.

Durante 2017 se realizaron 72 estudios y durante 2018 un total de 35 estudios, lo que supone una disminución aproximada del 50%.

- Sección de Endocrinología

Desde el mes de abril al mes de diciembre, un total de ocho meses, se han realizado 34 intervenciones sobre tiroides, 31 PAAF y 3 BAG, en 33 pacientes.

El número de intervenciones esperables en un año según la misma tendencia que en estos 8 meses, sería de 51, un 47% de lo realizado en 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0011

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

Por lo tanto, se ha experimentado un descenso del 52% en el número de intervenciones sobre tiroides.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos cumplidos los objetivos en los indicadores trabajados con la Sección de Digestivo y Endocrinología, donde se constata una reducción significativa de las solicitudes inadecuadas.

Sin embargo es necesario un seguimiento exhaustivo de los protocolos e indicaciones consensuadas con Atención Primaria, ya que no se aprecian cambios y se mantiene un elevado número de solicitudes inadecuadas. Es preciso mejorar los circuitos de comunicación con los profesionales de Atención Primaria e incidir expresamente en los puntos de mayor inadecuación.

Este es el objetivo principal en el seguimiento del proyecto de calidad para el año 2019.

Queda pendiente el desarrollo del programa con el Servicio de Anestesia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/11 ===== ***

Nº de registro: 0011

Título
CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

Autores:
MARTINEZ SANZ GLORIA MARIA, VILAR BONACASA EVA YOLANDA, YAGO ESCUSA MARIA DOLORES, FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología variable con valoración según diferentes pruebas diagnósticas.
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
• Elevado número de solicitudes inadecuadas de pruebas radiológicas que supone entre otras, la irradiación no justificada de los pacientes en aquellos estudios que utilizan radiación ionizante.
• Incremento de la demora en la realización de estudios por la inclusión de aquellos que no deberían hacerse.
• Consumo innecesario de recursos.
• Pérdida de oportunidad en la orientación clínico-diagnóstica de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir el número de solicitudes radiológicas inadecuadas o con insuficiente justificación, con intervención en las siguientes áreas:
1.- Atención Primaria: Radiografía oblicua de Columna, radiografía bipedestación en paciente adulto. Ecografías de seguimiento y control de lesiones que lo precisan.
2.- Servicio de Anestesia: Tórax preoperatorio
3.- Servicio de Digestivo: Enema Opaco en alteraciones colónicas.
4.- Sección de Endocrinología: Pruebas de estudio, control e intervencionismo de nódulos tiroideos

MÉTODO
• Reuniones iniciales del Servicio de Radiología con cada uno de los servicios/áreas implicados (Atención Primaria, Anestesia, Digestivo, Endocrinología), con presencia de la Dirección del Hospital.
• Realización de sesiones conjuntas de formación donde obtener acuerdos.
• Redactar documento de consenso explícito con cada uno de ellos con las actividades a realizar en el año 2018 para conseguir el objetivo principal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0011

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

- Establecer circuitos de comunicación definidos para su desarrollo.
- Reuniones de seguimiento y evaluación.

INDICADORES

- Número de servicios implicados con el proceso específico sobre el que intervenir en cada uno de ellos.
- Número de reuniones de inicio y seguimiento con cada servicio.
- Documentos de consenso obtenidos para la consecución de objetivos establecidos previamente. Valor objetivo: 100%.
- Circuitos de comunicación definidos en los documentos. Valor objetivo: 100%.
- Informes presentados por servicio con acciones realizadas/implantadas.
- Informe anual conjunto de evaluación de Dirección y Radiodiagnóstico.

DURACIÓN

- Segunda quincena de febrero y marzo: reuniones iniciales del Servicio de Radiología con cada uno de los servicios/áreas implicados (1 servicio por semana).
- Redacción documentos de consenso y circuitos de comunicación definidos: abril-mayo 2018.
- Acciones definidas por servicio. Antes de 30 de mayo 2018.
- Evaluación acciones realizadas por cada servicio. Informe de cada 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 - 2018/0011

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE GLORIA MARIA MARTINEZ SANZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VILAR BONACASA EVA YOLANDA
YAGO ESCUSA MARIA DOLORES
FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA
SANCHEZ SANTOS PEDRO JOSE
GARCIA VALIENTE ANA ISABEL
SANCHEZ ORO RAQUEL
JARA DIAZ ANA MARGOT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2019 se desarrolla el Proyecto, seguimiento del presentado el año anterior, estableciéndose las siguientes prioridades y actividades:

- Atención Primaria: Adecuación de solicitudes de Resonancia Magnética desde Atención Primaria.
 - Se ha recogido de información del número de estudios de RM totales solicitados desde Atención Primaria y por cada facultativo y Centro de Salud del Sector. Aproximadamente 150 facultativos solicitantes de estas pruebas.
 - Valoración de las solicitudes realizadas desde Atención Primaria en el último trimestre de 2019, por diferentes radiólogos, para establecer la indicación o no de la solicitud, según las guías clínicas consensuadas con la UME (Unidad de Musculoesquelético).
 - Se han registrado en archivo Excel datos de cada solicitud, incluyendo información clínica, tipo de exploración y grado de indicación del estudio.
- Servicio de Anestesia: Tórax preoperatorio. Disminuir el número de estudios preoperatorios con RX de tórax solicitados de forma inadecuada.
 - En Marzo de 2019, enmarcado en las iniciativas del Ministerio de Sanidad, se envió una nota a los servicios solicitantes de estudios preoperatorios, en la que, tras consenso entre los Servicios de Anestesia y Radiología y de acuerdo con la Dirección del Hospital, se indicó la conveniencia de no solicitar Radiografía de Tórax preoperatorio de forma rutinaria a pacientes menores de 40 años.
 - Entre el 1 de octubre y 31 de diciembre de 2019 se han recogido todas las solicitudes de Radiografía de Tórax preoperatorio.
 - Se han revisado todas las solicitudes, evaluando la edad de los pacientes y los servicios/facultativos solicitantes.
- Sección de Endocrinología: Pruebas de estudio, control e intervencionismo de nódulos tiroideos
 - Se ha realizado registro de todos los procedimientos intervencionistas realizados durante 2019 sobre tiroides, incluyendo datos de indicaciones, hallazgos y resultados anatomopatológicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Atención Primaria: Adecuación de solicitudes de Resonancia Magnética desde Atención Primaria.

Indicadores:

- Número de solicitudes de estudios de RM realizada por cada facultativo de Atención Primaria, respecto al total de solicitudes desde Atención Primaria durante el periodo de estudio, años 2018 y 2019.
- Porcentaje de solicitudes de estudios de RM que se ajustan a los criterios establecidos en las guías consensuadas en la UME (Unidad de patología musculoesquelética), respecto del total de solicitudes.
- Número de solicitudes inadecuadas de estudios de RM realizadas por cada facultativo de Atención Primaria, respecto al total de solicitudes inadecuadas

Resultados:

Diferenciamos entre las solicitudes de RM de hombro, RM de rodilla y RM de columna.

- De octubre a diciembre de 2019 se solicitaron 61 RM de Hombro desde AP. Sólo en el 16% (10 pacientes) se especificaba en los datos clínicos la existencia de antecedente traumático con alteración en la movilidad (criterios establecidos en la guía de la UME). En un 82 % (50 pacientes), no existía antecedente traumático según datos clínicos aportados y en un 2 % no se especificaba esta información en los datos clínicos de la solicitud. De los 10 pacientes que cumplían criterios, en el 70 % (7 pacientes) existía estudio de radiografía previa y en el 30 % restante (3 pacientes) no. También criterio establecido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0011

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

por la UME.

- De octubre a diciembre de 2019 se solicitaron 55 RM de Rodilla desde AP. 2 de ellas a petición del facultativo especialista previo a derivación del paciente. De las 53 RM restantes en el 26 % (14 pacientes), se especificaba en los datos clínicos la existencia de antecedentes traumático con bloqueo articular o sospecha de lesión meniscal, cumpliendo los criterios establecidos según la guía UME. Sobre los restantes casos, en el 49% (26) el paciente no presentaba antecedente traumático según datos clínicos y en el 25% (13 pacientes) estos datos clínicos no se comunican en la solicitud (NC: no consta). Del total de peticiones de RM de rodilla, en el 40% (21 pacientes) se especificaba que se le había realizado al paciente radiografía previa de rodilla, en el 32% (17 pacientes) no constaba esta información en la solicitud, aunque se había realizado y en el 28 % (15 pacientes), no se comunicaba esta información ni se había realizado radiografía previa a la solicitud del estudio. Respecto a los pacientes que cumplían criterios para realizar RM de rodilla según la UME (antecedente traumático con bloqueo articular o sospecha de lesión meniscal), en el 50% (7 pacientes) se especificaba la realización al paciente de radiografía previa de rodilla, en el 36% (5 pacientes) no constaba esta información, aunque se había realizado y en el 14% (2 pacientes), no se comunicaba esta información ni se había realizado radiografía previa a la solicitud del estudio.
- De octubre a diciembre de 2019 se solicitaron 159 RM de Columna desde AP, 78,88% de RM lumbar y 21,12% de RM cervical. Según guía consensuada de la UME, se evaluaron las solicitudes según criterios establecidos, entre los que se incluyen principalmente:

- Lumbalgia mecánica, pseudociatalgia/dorsalgia/cervicalgia mecánica-postural.... tratamiento médico y fisioterapia primaria de 4- 6 semanas... si no mejora derivar con RX AP y L.
- Patología lumbar/cervical: radiculalgia sin déficit sensitivo motor, sin respuesta a tratamiento médico: realizar Rx simple AP y L de columna lumbar / cervical + Rx AP y axial de cadera y hombro respectivamente.....solicitar RM.
- Derivaciones UME-Rehabilitación (RHB): Patología columna lumbar, dorsal y cervical mecánica-degenerativa (?con los esfuerzos, movimientos...) más de 6-12 semanas de evolución (período agudo/subagudo) con/sin irradiación y sin déficits sensitivo -motor.
- Patología con Síntomas de Alarma no derivar UME-RHB.

Del total de peticiones de RM de Columna, solo el 20,1% son pruebas justificadas que cumplen los principales ítems (más de 6-12 semanas, radiculalgia / afectación neurológica y no responde a tratamiento médico conservador). El 44,6% se trata de pruebas probablemente indicadas, excluyendo el ítem de tratamiento previo conservador (se supone) y evolución subaguda - crónica cuando el tiempo de evolución no consta en la solicitud. La suma de las pruebas debidamente justificadas y probablemente indicadas corresponde al 64,7% de solicitudes. El resto de solicitudes, 35,2%, se trata de pruebas no indicadas. En cuanto a la justificación de la prueba, el 40% de solicitudes de RM lumbar y cervical incluyen datos del informe previo de la radiografía simple (innecesario porque en el servicio de radiología ya se cuenta con él) y sin embargo respecto a la exploración de la radiculalgia, en el 30% de las ocasiones no se indica la lateralidad (derecha, izquierda, bilateral) y tan solo en un caso (0,94%) se indica el nivel clínico exploratorio referido por un EMG realizado previamente. De forma global, la adecuación de las solicitudes de RM no supera el 25%.

2. Servicio de Anestesia: Tórax preoperatorio. Disminuir el número de estudios preoperatorios con RX de tórax solicitados de forma inadecuada.

De octubre a diciembre de 2019 se evaluaron 433 estudios de RX de tórax preoperatorio, de los que un 7,6% (33 solicitudes) resultaron inadecuados, por solicitarse en pacientes menores de 40 años. Del total de inadecuados, casi el 40% (13 solicitudes) se solicitaron por el servicio de cirugía, un 27% del Servicio de Anestesia y otro 27% de ORL.

3. Sección de Endocrinología: Pruebas de estudio, control e intervencionismo de nódulos tiroideos

En 2019 se realizaron un total de 51 intervenciones sobre patología de tiroides, 42 fueron PAAF y 9 BAG. El 31% de ellas fueron no representativas, por presencia de material hemático un 27% (14 casos) y el 3.9% por material insuficiente (2 casos). Las 51 intervenciones se realizaron sobre 42 pacientes, algunas duplicadas, por lo que el número real de lesiones intervenidas fue de 44. En cuanto a la clasificación de las lesiones, en el 63% de los casos las lesiones fueron clasificadas en el estudio base previo a la punción. De estas 44 lesiones, en 35 casos (79%) la indicación de intervención era adecuada según los criterios EUTIRADS. En 8 casos la indicación fue inadecuada y hubo un caso inadecuado más, si bien el tamaño de la lesión se encontraba en el límite de la indicación: En los casos de lesiones con indicación inadecuada, la totalidad de las lesiones resultaron benignas. En cuanto a los resultados, 16 fueron no concluyentes (cifra más elevada que en 2018) de los cuales se repitieron 7 intervenciones, recomendando control evolutivo en el resto, por tratarse de lesiones TIRADS 3: 1 carcinoma papilar (fue clasificada como TIRADS 5), 1 lesión folicular de significado incierto con atipia (TIRADS 5) y el resto patología benigna, 33 lesiones.

Objetivos e indicadores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0011

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

- Disminuir el número de exploraciones de control ecográfico de tiroides y disminuir el número de intervenciones sobre tiroides.
- Diferencia entre el número de exploraciones ecográficas de cuello realizadas, entre 2018-2019.
- Diferencia entre el número de intervenciones sobre patología tiroidea entre 2017 y 2018 y 2018- 2019
- Uso de la nomenclatura EUTIRADS en el sistema de registro de las intervenciones sobre tiroides mayor del 50%.
- Porcentaje de intervenciones clasificadas con la nomenclatura EUTIRADS sobre el nº total de intervenciones tiroideas.
- Seguimiento de las recomendaciones para PAAF de nódulos tiroideos dadas por la clasificación EUTIRADS.
- Porcentaje de procedimientos de intervencionismo adecuados en tiroides, respecto al total de intervenciones.

Resultados:

- Se ha producido un mínimo aumento del nº de exploraciones en el año 2019 (15 más que en 2018), no significativo si se tiene en cuenta que en el año 2019 ha habido mayor disponibilidad que en 2018.
- Entre los años 2017 y 2018 se produjo una disminución del 50% en el nº de intervenciones sobre tiroides (109 en 2017 y 55 en 2018).
- Entre los años 2018 y 2019 se produjo una disminución del 7,7% en el nº de intervenciones sobre tiroides (55 en 2018 y 51 en 2019).
- El porcentaje de intervencionismo en tiroides respecto al total de exploraciones ecográficas tiroideas también se ha reducido, con un 12,3% en 2018 y 11,1% en 2019.
- El uso de la nomenclatura EUTIRADS en el sistema de registro de las intervenciones sobre tiroides sobre el total ha sido del 63%.
- Durante el año 2019, el seguimiento de las recomendaciones para la realización de PAAF de nódulos tiroideos según clasificación EUTIRADS ha sido del 79%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Atención Primaria: Adecuación de solicitudes de Resonancia Magnética desde Atención Primaria. Valoración de resultados.

- Se ha incrementado un 12% el número de estudios por RM solicitados desde AP, 869 en 2018 y 973 estudios en 2019.
- Existe una alta variabilidad en la práctica en cuanto a la solicitud de exploraciones. Contamos con los datos de cada facultativo de AP del Sector (que no consideramos adecuado hacer constar en este informe), de tal forma que hay facultativos que han solicitado 2-3 estudios/año y otros 60 estudios/año, sin una aparente causa diferenciadora que lo justifique.
- Globalmente, la recogida de datos resulta compleja. La comprobación de la idoneidad de la prueba se hace a través de los datos clínicos y de exploración que constan en la solicitud, y en gran porcentaje no responden a los criterios que deben ser evaluados, por lo que, aunque la prueba podría estar indicada, no puede valorarse adecuadamente.
- Es necesario mejorar la guía consensuada con UME, ya que no siempre es posible delimitar claramente la adecuación y tampoco se establecen claros los criterios de consulta virtual previa o no a la UME (según consta en la guía) antes de solicitar el estudio.
- La mayor parte de las solicitudes no están cumplimentadas con el protocolo acordado con la UME, sin saber si el incumplimiento se debe a desconocimiento de la guía, a falta de acuerdo con los criterios de solicitud o a otros factores (tiempo...).
- En la mayoría de solicitudes no constan datos de exploración física y en gran número de ellas solo se hace referencia al "dolor" como justificante de la solicitud.
- Se evita hacer referencia en pacientes mayores de 50 años a antecedentes degenerativos que podrían hacer evitable la realización de la prueba.

Oportunidades de mejora:

- Dado el bajo porcentaje de solicitudes adecuadas (solo el 25%), consideramos imprescindible incidir en esta área, trabajando de forma directa y permanente con los profesionales de Atención Primaria para establecer de forma conjunta unos objetivos de mejora.
- Es necesaria una revisión de la guía de UME, para establecer con claridad los criterios de derivación a Atención Especializada y de solicitud de pruebas diagnósticas. Determinar de manera definitiva, la necesidad o no, de realizar previamente consulta virtual a la UME y en su caso, que quede manifiesto en el volante de solicitud.
- Programar reuniones y sesiones formativas con los facultativos de Atención Primaria, para recordar y establecer los principales criterios de solicitud de estudios RM, así como elaborar un protocolo/guía clínica final consensuada.
- Trabajar conjuntamente con la Dirección de Atención Primaria y Hospital los datos recogidos respecto al número de solicitudes por parte cada facultativo y en cada centro de salud (información que creemos no procede hacer constar en esta memoria), con el objetivo de establecer medidas de mejora e incidir, donde se considere necesario, con sesiones de información y formación.
- Exigir, una vez consensuado con Atención Primaria, que las solicitudes se cumplimenten con datos acordes al protocolo establecido, indicando tiempo de evolución, respuesta a tratamiento médico o rehabilitador, si existe o no radiculopatía, lateralidad... etc

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0011

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

2. Servicio de Anestesia: Tórax preoperatorio. Disminuir el número de estudios preoperatorios con RX de tórax solicitados de forma inadecuada.

Consideramos que ha existido una buena respuesta a la propuesta y que el número de estudios inadecuados ha sido escaso. Si bien, creemos que puede alcanzarse la adecuación total con unas pequeñas mejoras que incluirían:

- Proporcionar esta información al Servicio de Admisión (que gestiona los estudios preoperatorios) para que se evite la citación directa de los pacientes a los que no debe realizarse el estudio.
- Establecer vías de comunicación directa con los servicios y facultativos implicados en esta inadecuación, probablemente por una falta de información inicial.
- Hacer seguimiento a corto plazo de los estudios que se solicitan en los próximos meses.

3. Sección de Endocrinología: Pruebas de estudio, control e intervencionismo de nódulos tiroideos

El sistema de clasificación de las lesiones tiroideas, EUTIRADS, extraído de la guía de práctica clínica europea "European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults: The EU-TIRADS" es sencillo de aplicar en la práctica clínica, contribuyendo a disminuir el número de intervenciones inadecuadas sobre patología tiroidea e incrementando la seguridad del paciente. Consideramos satisfactorios los resultados obtenidos durante el año 2019, con un seguimiento de las recomendaciones para la realización de PAAF de nódulos tiroideos según clasificación EUTIRADS del 79%. Con todo, esperamos mejorar aún más el resultado, con una mayor adherencia de los profesionales implicados a estas guías con indicaciones para el intervencionismo y seguimiento de lesiones, para lo que se continuará con el registro de estos procedimientos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/11 ===== ***

Nº de registro: 0011

Título
CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

Autores:
MARTINEZ SANZ GLORIA MARIA, VILAR BONACASA EVA YOLANDA, YAGO ESCUSA MARIA DOLORES, FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología variable con valoración según diferentes pruebas diagnósticas.
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
• Elevado número de solicitudes inadecuadas de pruebas radiológicas que supone entre otras, la irradiación no justificada de los pacientes en aquellos estudios que utilizan radiación ionizante.
• Incremento de la demora en la realización de estudios por la inclusión de aquellos que no deberían hacerse.
• Consumo innecesario de recursos.
• Pérdida de oportunidad en la orientación clínico-diagnóstica de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir el número de solicitudes radiológicas inadecuadas o con insuficiente justificación, con intervención en las siguientes áreas:
1.- Atención Primaria: Radiografía oblicua de Columna, radiografía bipedestación en paciente adulto. Ecografías de seguimiento y control de lesiones que lo precisan.
2.- Servicio de Anestesia: Tórax preoperatorio
3.- Servicio de Digestivo: Enema Opaco en alteraciones colónicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0011

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

4.- Sección de Endocrinología: Pruebas de estudio, control e intervencionismo de nódulos tiroideos

MÉTODO

- Reuniones iniciales del Servicio de Radiología con cada uno de los servicios/áreas implicados (Atención Primaria, Anestesia, Digestivo, Endocrinología), con presencia de la Dirección del Hospital.
- Realización de sesiones conjuntas de formación donde obtener acuerdos.
- Redactar documento de consenso explícito con cada uno de ellos con las actividades a realizar en el año 2018 para conseguir el objetivo principal.
- Establecer circuitos de comunicación definidos para su desarrollo.
- Reuniones de seguimiento y evaluación.

INDICADORES

- Número de servicios implicados con el proceso específico sobre el que intervenir en cada uno de ellos.
- Número de reuniones de inicio y seguimiento con cada servicio.
- Documentos de consenso obtenido para la consecución de objetivos establecidos previamente. Valor objetivo: 100%.
- Circuitos de comunicación definidos en los documentos. Valor objetivo: 100%.
- Informes presentados por servicio con acciones realizadas/implantadas.
- Informe anual conjunto de evaluación de Dirección y Radiodiagnóstico.

DURACIÓN

- Segunda quincena de febrero y marzo: reuniones iniciales del Servicio de Radiología con cada uno de los servicios/áreas implicados (1 servicio por semana).
- Redacción documentos de consenso y circuitos de comunicación definidos: abril-mayo 2018.
- Acciones definidas por servicio. Antes de 30 de mayo 2018.
- Evaluación acciones realizadas por cada servicio. Informe de cada servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0203

1. TÍTULO

INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL ORELLANA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PECES GONZALEZ NATALIA
GIMENO MINGUEZ MARIA JOSE
CALVO ARIÑO AITOR
SANZ ASIN JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizando por parte del Servicio de Informática una aplicación en la base HP Doctor para rellenar por parte del Servicio de Neurología, cuando precisa realizar una solicitud de Interconsulta de paciente hospitalizado por causa neurológica al Servicio de Rehabilitación. En la misma, se describe la fecha de la interconsulta, médico que la solicita, datos del paciente, número de historia clínica, habitación y motivo de solicitud de la consulta. A través de Intranet, en área de pacientes hospitalizados, se ha añadido una pestaña con "Interconsultas a Rehabilitación" donde se pueden visualizar las solicitudes realizadas. A través de HP Doctor, los Facultativos de Rehabilitación pueden rellenar la interconsulta con antecedentes personales del paciente, Índice de Barthel previo, describir la evolución y valoración del paciente hospitalizado, fecha de la valoración, médico que la realiza, posible tratamiento y/o seguimiento, destino al alta. El Servicio de Neurología consulta a través de Intranet la valoración de la Interconsulta.

Queda registrado en la plataforma informática de nuestro hospital (Intranet) y en el Sistema de Salud de Aragón (Historia Clínica Electrónica).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido la disponibilidad de una aplicación en HP Doctor para realizar Interconsulta a Rehabilitación por parte del Servicio de Hospitalización.

Hay disponible en Intranet de Teruel, una pestaña con Interconsultas al Servicio de Rehabilitación. Queda registrado en el Sistema de Salud de Aragón.

En cuanto a los Indicadores analizados se han obtenido los siguientes resultados:

1. Número de Interconsultas realizadas desde el Servicio de Neurología al Servicio de Rehabilitación en el año 2017: 93 Interconsultas
2. % respuesta de interconsultas al Servicio de Rehabilitación desde el Servicio de Neurología: 100%
3. % interconsultas contestadas en menos de 48horas al Servicio de Rehabilitación desde el Servicio de Neurología: 90,32 % (84 de 93 interconsultas). Tiempo promedio 24h.
4. % interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento durante el ingreso hospitalario y sin tratamiento hospitalario: no se ha registrado adecuadamente, por lo que no se ha podido evaluar.
5. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con destino al alta a domicilio, con posible tratamiento ambulatorio en H.Obispo Polanco o Centro de Salud de área, con informe de Rehabilitación correspondiente: 56% (52 pacientes de 93)
6. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento ambulatorio en Hospital de Día Geriátrico, con informe de Rehabilitación correspondiente: 15,05% (14 de 93 pacientes)
7. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento en Hospital de media estancia por precisar convalecencia, con informe de Rehabilitación correspondiente: 20,43% (19 pacientes de 93)
8. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento en Residencia con informe de Rehabilitación correspondiente: 8,6% (8 pacientes de 93)

Se ha mejorado el registro en la labor asistencial del Servicio de Rehabilitación en el Hospital Obispo Polanco y la comunicación entre el Servicio de Neurología y Rehabilitación. Se ha mejorado la comunicación con Hospital de media estancia, fisioterapia de Centro de Salud o Residencia, médico de Atención primaria u otros especialistas, ya que, se tiene constancia de forma informatizada de nuestra valoración, diagnóstico, tratamiento, pautas, consejos y objetivo funcional.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se puede realizar una mejora en la continuidad asistencial con mejor comunicación entre las distintas líneas asistenciales; no sólo con informes de alta de hospitalización, también incluyendo informes de los distintos Servicios que valoran al paciente en la hospitalización, que se pueden visualizar al quedar registrado en el Sistema de Salud de Aragón

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0203

1. TÍTULO

INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS

7. OBSERVACIONES.
Se iba a registrar los datos recogidos hasta marzo de 2017; pero se ha decidido de todo el año 2017 para mejor visualización del registro.
Se deben hacer algunas modificaciones en la aplicación, dado que alguna pestaña de la misma no funciona adecuadamente; como no visualizarse el médico que contesta la interconsulta, hasta abrir el informe del mismo. El Servicio de Rehabilitación del Hospital de Teruel, sólo compuesto por tres facultativas, realiza una gran labor asistencial en el paciente hospitalizado, valorando más de 500 pacientes al año; con posterior seguimiento y valoración en Consulta externa del Hospital Obispo Polanco, en Hospital de Día Geriatrico o en H. Provincial si precisa convalecencia y Rehabilitación en el mismo. Gracias a la aplicación realizada, esta labor queda registrada, y hay documentos y referencias de nuestro trabajo en planta de hospitalización, así como, del seguimiento que realizamos de estos pacientes.
Se extenderá para ser realizado con el resto de Servicios que solicitan nuestra valoración en el paciente hospitalizado.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/203 ===== ***

Nº de registro: 0203

Título
INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS

Autores:
ORELLANA GARCIA RAQUEL, PECES GONZALEZ NATALIA, GIMENO MINGUEZ MARIA JOSE, CALVO ARIÑO AITOR, SANZ ASIN JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Rehabilitación del H.Obispo Polanco no dispone de planta de hospitalización, pero muchos pacientes ingresados en otros Servicios precisan nuestra valoración y tratamiento durante la hospitalización; así como, un posible seguimiento y tratamiento de forma ambulatoria. Se recibe la solicitud de valoración mediante hoja de interconsulta, que se complementa de forma manual. Así, en el año 2014 se valoraron 562 pacientes entre dos médicos especialistas en Rehabilitación. Los servicios solicitantes más frecuentes fueron: Traumatología 61,75%, Medicina Interna 16%, Neurología 8,18%, otros 14,07%. Patología más frecuentemente observada: fractura de cadera 29,53%, artroplastia de rodilla 19%, ACV 9,78 %, deterioro funcional secundario a diversas causas 14,1%. Del total de las solicitudes se pautó tratamiento al 86,8 %.
Esta gran labor asistencial no queda registrada en ninguna base de datos, por lo que no hay documentos ni referencias de nuestro trabajo en planta de hospitalización, así como, del seguimiento que realizamos de estos pacientes.

Conjuntamente con el Servicio de Neurología y de Informática queremos iniciar la solicitud de valoración del paciente hospitalizado por causa neurológica, utilizando la plataforma informática de nuestro hospital, que a su vez está conectado al Sistema de Salud de Aragón.
Se ha realizando por parte del Servicio de Informática una aplicación en la base HP Doctor para rellenar por parte del Servicio de Neurología, cuando quieren realizar una solicitud de Interconsulta, en la que describen fecha de la consulta, médico que la solicita, datos del paciente, número de historia clínica, habitación y motivo de solicitud de consulta al Servicio de Rehabilitación. A través de Intranet, en área de pacientes hospitalizados, se ha añadido una pestaña con "Interconsultas a Rehabilitación" donde podemos visualizar las solicitudes realizadas. A través de HP Doctor, los Facultativos de Rehabilitación pueden describir la valoración del paciente hospitalizado, fecha de la valoración, médico que la realiza y posible tratamiento y/o seguimiento. El Servicio de Neurología consulta a través de Intranet la valoración de la Interconsulta. Se está iniciando el proyecto en la actualidad.

RESULTADOS ESPERADOS

a. Mejorar el registro en la labor asistencial del Servicio de Rehabilitación en el H. Obispo Polanco

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0203

1. TÍTULO

INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS

- b. Mejorar la comunicación entre el Servicio de Neurología y Rehabilitación. Tras realizar la prueba con el Servicio de Neurología, se quiere ampliar al resto de Servicios de Hospitalización
- c. Mejorar la comunicación con Hospital de media estancia, fisioterapia de Centro de Salud o residencia, médico de Atención primaria u otros especialistas, ya que, se tiene constancia de forma informatizada de nuestra valoración, diagnóstico, tratamiento y objetivo funcional
- d. Mejorar la satisfacción de los Servicios de Hospitalización y Atención Primaria disponiendo de Informe Médico informatizado del Servicio de Rehabilitación
- e. Mejorar la satisfacción del paciente valorado por nuestra parte, disponiendo de Informe Médico informatizado con nuestra valoración, diagnóstico, tratamiento, pautas, consejos y objetivo funcional.

MÉTODO

a. Disponibilidad de aplicación en HP Doctor para realizar Interconsulta de Rehabilitación por parte del Servicio de Hospitalización.

b. Disponibilidad en Intranet de Teruel de pestaña con Interconsultas a rehabilitación

INDICADORES

- 1. Número de Interconsultas realizadas desde el Servicio de Neurología al Servicio de Rehabilitación.2. % respuesta de interconsultas al Servicio de Rehabilitación desde el Servicio de Neurología.3. % interconsultas contestadas en menos de 48horas al Servicio de Rehabilitación desde el Servicio de Neurología.4. % interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento durante el ingreso hospitalario.5. % interconsultas al Servicio de Rehabilitación sin indicación de tratamiento durante el ingreso hospitalario.
- 6. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento ambulatorio en H.Obispo Polanco con informe de Rehabilitación correspondiente.
- 7. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento ambulatorio en H. Dia geriátrico con informe de Rehabilitación correspondiente.
- 8. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento ambulatorio en C.Salud de área con informe de Rehabilitación correspondiente.
- 9. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento en H. media estancia por precisar convalecencia con informe de Rehabilitación correspondiente.
- 10. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento en Residencia con informe de Rehabilitación correspondiente

DURACIÓN

Desde la aprobación del proyecto de calidad con valoración de los resultados en marzo de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0687

1. TÍTULO

COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE NATALIA PECES GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RENAU HERNANDEZ ESMERALDA
PLAYAN GADANUER MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Antes de comenzar el proyecto, presentamos a la Dirección Médica del Hospital Obispo Polanco nuestra propuesta para coordinar desde el servicio de Rehabilitación, las solicitudes de valoración y tratamiento de logopedia para las patologías relacionadas con trastornos del lenguaje, del habla y de la deglución, principalmente. Con su autorización y visto bueno, elaboramos un protocolo de derivación que se colgó en la plataforma de intranet de la web de nuestro hospital, para que todos los facultativos pudieran acceder a él.

Desde la Dirección del Hospital Obispo Polanco y desde nuestro Servicio de Rehabilitación se mandaron correos electrónicos a todos los facultativos del Hospital Obispo Polanco y del Hospital San José y a los Coordinadores de los Centros de Salud de Atención Primaria para que los facultativos de todas las especialidades del Sector Teruel tuvieran conocimiento de la existencia de este servicio y cómo solicitar colaboración ante posibles pacientes susceptibles de dicho servicio.

Elaboramos una tabla de Excel donde registraríamos los datos de los pacientes que serían remitidos para tratamiento y/o valoración de logopedia. Entre los datos recogidos valoramos : edad, sexo, diagnóstico principal, fecha de valoración por los médicos de Rehabilitación, fecha de inicio de tratamiento de logopedia, número de sesiones semanales, número de sesiones totales, servicio que solicita la valoración, motivo del alta...

El registro de los datos comenzó tras la incorporación del logopeda a nuestro Hospital y una vez organizado todos los circuitos. Como fecha de inicio para la inclusión de los pacientes en este estudio comenzó en octubre de 2016. Los médicos del servicio de Rehabilitación valorábamos en planta tras solicitud de interconsulta por parte del servicio de Neurología, Medicina Interna o Geriátrica principalmente, a los pacientes ingresados por un ACV, TCE, Enfermedades neurodegenerativas, tumores cerebrales...Según su déficit, gravedad y posibilidad de colaboración, planteábamos los objetivos del tratamiento de logopedia, dábamos unas pautas a las familias. En los pacientes con afasia, utilizamos el test de Boston para la valoración inicial y posteriormente durante el seguimiento en las revisiones periódicas.

En consulta de Rehabilitación valoramos a los pacientes ambulatorios remitidos por diferentes especialidades (Otorrinología, Neurología, Pediatría, Medicina de Familia, Cirugía Maxilofacial, Cirugía General...) susceptibles de tratamiento de logopedia. Planteábamos los objetivos y opciones de tratamiento y al finalizar las sesiones de logopedia inicialmente pautadas revisábamos a los pacientes para plantear su posible alta por mejoría, continuar con más sesiones si el paciente tenía una evolución favorable pero no había alcanzado los objetivos o suspender el tratamiento por estabilidad clínica.

Para valorar la respuesta al tratamiento, consideramos según las diferentes patologías las siguientes variables: en las disfonías, para la mejoría funcional consideramos (tono, fluencia, tiempo de lectura o habla sin alteración del tono..), deglución (test de disfagia, mejoría en la deglución, tipo de dieta, ganancia de peso, IMC..), afasia test de Boston (plantilla de exploración de las diferentes áreas del lenguaje oral y escrito), mejoría en la comunicación con familiares

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos que presentamos corresponden al periodo comprendido desde octubre de 2016 a diciembre de 2017. En este tiempo, los pacientes que fueron subsidiarios de un tratamiento de logopedia sumaron un total de 188, que al diferenciarlos por su sexo corresponden a 101 mujeres y 87 varones.

En la categoría de la edad, distinguimos un total de 163 adultos, con edades comprendidas desde los 22 a los 94 años (92 mujeres y 71 hombres), y un total de 25 niños, con edades comprendidas desde los 3 a los 11 años, (9 niñas y 16 niños)

Valorando la edad media de nuestra población, observamos que entre los adultos, el 41% no superaban los 65 años, alcanzando en este grupo un valor de 48 años de edad media). Mientras que el 51% restante de adultos era mayor de 65 años, con edad media entre los mismos de 82 años.

La edad media entre los niños fue de 7 años, el 40% de los mismos tenía edades menos o igual a los 6 años y en el 50% restante su edad superaba los 6 años.

Analizando a los pacientes por su diagnóstico, observamos los diferentes números de casos; 25 Afasia, 6 Afasia+ disfagia ; 2 deterioro cognitivo, 10 disartria, 20 disartria+ disfagia, 22 disfagia; 79 disfonía; 1 dislalia; 7 retraso del lenguaje; 1 implante coclear.

Si tenemos en cuenta cuál fue la vía por la que se solicitó la valoración para tratamiento de logopedia,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0687

1. TÍTULO

COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICIO DE REHABILITACION

observamos los siguientes datos: del total de los 188 pacientes tratados, 24 provenían del Hospital de Día Geriátrico (20 remitidos por el servicio de Rehabilitación y 4 por Geriátria, relacionados con pacientes con disfagia), otros 97 remitidos por el servicio de Rehabilitación desde consultas externas (en su mayoría por disfonías). Desde planta se remitieron un total de 67 solicitudes (42 remitidos por el servicio de Rehabilitación por pacientes con afasia y disfagia y 25 por el servicio de Geriátria en su caso relacionados con pacientes con disfagia)

Los tiempos para inicio de tratamiento de logopedia vario según la etiología y gravedad del proceso. Los pacientes con afasia, disartria, disfagia... u otras alteraciones del lenguaje o de la deglución que precisaron tratamiento durante su ingreso en el Hospital San José, iniciaban las sesiones de logopedia durante la primera semana de su ingreso, si no presentaban ninguna contraindicación. Estos pacientes habian sido valorados previamente por los médicos del servicio de rehabilitación durante la fase aguda de su ingreso en el Hospital Obispo Polanco. En la mayoría de los casos, las sesiones eran diarias, de lunes a viernes.

Posteriormente si los pacientes mejoraban y eran candidatos para continuar con tratamiento ambulatorio, se programaban una o varias sesiones semanales según la gravedad de la patología y/o el domicilio del paciente (debido a la gran dispersión demográfica de la población).

Los pacientes que eran remitidos desde consultas externas de rehabilitación por patologías menos graves ej (disfonías, pólipos...) iniciaban las sesiones de tratamiento de logopedia tras un tiempo de espera que osciló de 1-3 sem de media. En estos casos, también se intentó dar prioridad en las citas para consulta de rehabilitación como para el inicio de tratamiento según la gravedad de la patología.

En cuanto al número de sesiones que se realizaron por patologia y frecuencia de los mismas, los datos son los siguientes: Realizaban 1 sesión /sem las siguientes patologías: retraso del lenguaje, disfonía, test disfagia; 2 sesiones/ sem (disfonía), 3 sesiones /sem (afasia, disartria+/- disfagia amb) 5 sesiones /sem los pacientes ingresados (afasias, disfgias)

La media de sesiones fue de 5 -10 ss para las siguientes patologías: disfonías leves, disfagia leve; >10-15ss (disartrias,+disfagia, leves y disfonías) y más de 20 ss (disfonías severas, retrasos del lenguajes); de 30-40 (afasias y/o disartrias) más de 50 (6 pacientes 4 afasias severas, 1 TCE, 1 encefalopatía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Proporcionar un tratamiento de logopedia en el sistema público de salud de Teruel a los pacientes con patología del habla, lenguaje, comunicación, voz y deglución .. cuando hasta ahora sólo era posible en el sector privado, es una gran mejora en la asistencia sanitaria de nuestro sector y en beneficio de toda la población.

Es una muy buena herramienta para tratar y ayudar a los pacientes con afasia y a sus familiares, pues este déficit causa importantes problemas en la comunicación y por ello en la integración social.

En pacientes con disfagia, con una valoración y tratamiento adecuado de logopedia podemos ayudar a corregir y evitar problemas de salud como la deshidratación, desnutrición o riesgo a padecer infecciones respiratorias u otras complicaciones secundarias a posibles aspiraciones o atragantamientos, así como en algunos casos disminuir el tiempo de ingreso hospitalario.

En sujetos con disfonía, tras el tratamiento de logopedia, los pacientes aprenden y toman conciencia de unos buenos hábitos para el cuidado de su voz.

Creemos que los médicos de rehabilitación jugamos un papel muy importante en la valoración y seguimiento de estos pacientes y sus diferentes patologías, porque realizamos una valoración global del paciente y nos planteamos unos objetivos funcionales. Hacemos un seguimiento de los mismos y nos coordinamos con el logopeda para revisar los tratamientos y según las patologías podemos comunicarnos con los diferentes especialistas para replantear los objetivos.

También recogemos como muy positiva la valoración por parte de los pacientes y familiares que han precisado una valoración por nuestro servicio de rehabilitación y han realizado un tratamiento de logopedia en este tiempo. No hemos pasado una encuesta con los registros, pero sus testimonios en la consulta y en los tratamientos con la logopeda han sido de satisfacción, compromiso en la asistencia y cumplimiento de los tratamientos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/687 ===== ***

Nº de registro: 0687

Título
COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Autores:
PECES GONZALEZ NATALIA, NOGUERA LOPEZ EUGENIA, PLAYAN GADANUER MARIA LUISA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0687

1. TÍTULO

COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes con patología del habla, voz, lenguaje, deglución, succión
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Proporcionar tratamiento de logopedia en el sistema público de salud de Teruel a pacientes que lo precisen y que hasta ahora sólo era posible por privado

PROBLEMA
La incidencia de los trastornos del lenguaje, el habla, la voz, la audición y la deglución cada vez es mayor y pueden ser causa de importantes problemas en la comunicación y por ello en la integración social, así como causa de problemas de salud como la deshidratación, desnutrición o riesgo a padecer infecciones respiratorias por aspirado. En este sentido, la demanda asistencial requiere un diagnóstico cada vez más precoz y completo y la puesta en marcha de recursos humanos especializados en el tratamiento de estos trastornos.

Nuestro objetivo es poder canalizar y coordinarnos con las diferentes especialidades médicas o servicios (Otorrinología, Pediatría, Neurología, Cirugía Maxilofacial, Atención Primaria, etc,) para que puedan remitir a nuestro servicio de rehabilitación, pacientes con diferentes patologías susceptibles de valoración y/ o tratamiento de logopedia.

RESULTADOS ESPERADOS
En nuestra área sanitaria de Teruel, no existía la posibilidad de ofrecer tratamiento de logopedia para la población general. Sólo excepcionalmente el IASS, asumía algún paciente menor de 6 años. Este motivo provoca gran limitación para los pacientes afectados de diferentes patologías que precisan de este tipo de terapia y hasta el momento, sólo algunos pacientes podían recurrir a una asistencia privada.

MÉTODO
Valorar y tratar a pacientes con patología del habla, el lenguaje, la voz, la deglución, planteando objetivos funcionales y/o mejoría de calidad de vida para estos pacientes y/o de sus familias o cuidadores.

INDICADORES
Valoración de pacientes hospitalizados que presenten posible patología susceptible de tratamiento de logopedia, tras solicitud de interconsulta a nuestro servicio de rehabilitación.
Derivación desde diferentes especialidades médicas o servicios, mediante volante P10 y vía ambulatoria a nuestras Consultas Externas de Rehabilitación, de pacientes susceptibles de valoración, para plantear objetivos y pautar tratamiento de logopedia
Tiempo de espera desde que se solicita la valoración por nuestro servicio y el tiempo que tardan los pacientes en iniciar el tratamiento de logopedia según la gravedad de su patología.
% de pacientes valorados en nuestro servicio de RHB y número de pacientes a los que se les pauta tratamiento de logopedia, remitidos desde hospitalización y /o desde CCEE.
Valorar la disminución de canalizaciones de estos pacientes al anterior Hospital de referencia.
Edad de la población valorada.
Patologías que demandan nuestra valoración y tratamiento.
Revisiones en consulta para valorar la respuesta al tratamiento (ej. mejoría funcional en la fonación (tono, fluencia, tiempo de, deglución (test de disfagia), afasia test de Boston (plantilla de exploración de las diferentes áreas del lenguaje oral y escrito), mejoría en la deglución y por tanto en el estado nutricional del paciente (ej. IMC, ganancia de peso, tipo de dieta...)
Encuestas de satisfacción de los pacientes que han recibido tratamiento de logopedia

DURACIÓN
Valoración durante un año (actualmente disponemos de logopeda en nuestro servicio desde el 1 de septiembre de 2016 y estamos iniciando la puesta en marcha y coordinación de la asistencia)

OBSERVACIONES
El proyecto y los circuitos de solicitud y demanda de valoración están previstos. Tenemos que coordinar e informar a los diferentes servicios las posibilidades para remitir los pacientes a nuestro servicio (hemos mandado correo informativo a las direcciones de los facultativos de los servicios implicados, desde dirección hospitalaria esperamos que también se informe a los compañeros de atención primaria, en diferentes medios de información de prensa escrita salió publicada la noticia de la disponibilidad de tratamiento de logopedia en Teruel a cargo del servicio de Rehabilitación)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0687

1. TÍTULO

COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICIO DE REHABILITACION

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 - 2018/0386

1. TÍTULO

CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ESMERALDA RENAU HERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORELLANA GARCIA RAQUEL
PECES GONZALEZ NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Destacar las dificultades en nuestro Hospital para el desarrollo del proyecto como el no tener un ecógrafo disponible en consulta de Rehabilitación y el carecer de anestesista asignado de forma continua en unidad del dolor con disponibilidad de quirófano. Durante este tiempo conseguimos que el servicio de Radiología nos cediera un ecógrafo antiguo compartido.

Pese a estas dificultades hemos realizado la base de datos con los indicadores señalados en el proyecto, y hemos recogido una muestra de 21 pacientes desde abril hasta diciembre de 2018. De los pacientes seleccionados en la muestra de 21 pacientes, se han valorado 19 pacientes a los 3 meses y 11 de ellos a los 6 meses. Realizamos un análisis descriptivo sin desarrollar un estudio estadístico al tratarse de una muestra pequeña.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La media de edad de los pacientes ha sido de 52 años de los cuales 4 son hombres y 17 mujeres. El diagnóstico de las patologías recogidas son patología de hombro 13, de las cuales 5 son capsulitis de hombro, 3 artrosis glenohumeral y 5 bursitis con tendinitis. De las 5 capsulitis, dos son capsulitis postquirúrgicas. Se han recogido 5 coxartrosis y 2 lumbálgias, una de ellas síndrome piramidal y otra síndrome del cuadrado lumbar. Se ha recogido también una rizartrosis. Las técnicas fueron realizadas en consultas externas excepto las lumbálgias y una artrosis glenohumeral con derrame y comorbilidad que se realizó en quirófano junto con anestesista de unidad del dolor.

Las técnicas ecoguiadas realizadas son bloqueos en hombro realizadas con corticoide más ácido hialurónico 1, corticoide más anestésico 11 y con sólo anestésico 1. Los bloqueos realizados en coxartrosis fueron 5 con corticoide más ácido hialurónico. Las lumbálgias fueron bloqueo del piramidal con toxina botulínica y bloqueo del cuadrado lumbar con corticoide más anestésico. Destacar la no incidencia de efectos secundarios en las técnicas realizadas.

La EVA media del dolor pretécnica fue =6'8 /10. La EVA del dolor a los 3 meses posttécnica en 19 pacientes fue = 5/10 en 11 pacientes y sin cambios =6/10 en 8 pacientes. En los 11 pacientes valorados a los 6 meses posttécnica mantienen la mejoría de EVA = 5/10 en 3 pacientes, no empeoran 5 pacientes (mantienen EVA dolor inicial) y empeoran 3 pacientes (una coxartrosis severa, un hombro con rotura de manguito y pinzamiento subcoracoideo). Observamos más pacientes con mejoría y no empeoramiento del EVA dolor pretécnica a los 3 y 6 meses posttécnica .

De los 11 que mejoraron EVA del dolor posttécnica a los 3 meses, realizaron educación sanitaria y ejercicios en domicilio 8 pacientes y realizaron fisioterapia ambulatoria 3 pacientes. En los pacientes que persiste la mejoría y no empeoramiento EVA dolor pretécnica, sólo 3 han realizado Fisioterapia ambulatoria. Observamos que pacientes con mejoría y no empeoramiento posttécnica no precisan Fisioterapia ambulatoria. Analgesia pretécnica : 10 pacientes precisaban analgesia primer escalón, 7 pacientes segundo escalón de analgesia, 1 paciente analgesia de tercer escalón. Un paciente presentaba analgesia de primer escalón junto con neuromoduladores y otro paciente analgesia de tercer escalón junto con neuromoduladores. En cuanto a analgesia posttécnica a los tres meses : 6 pacientes no tomaban ninguna medicación, otros 6 pacientes tomaban analgesia de primer escalón, 4 pacientes toman analgesia de segundo escalón, 1 paciente analgesia de tercer escalón, 1 paciente analgesia de primer escalón más neuromodulador y un último paciente con analgesia de tercer escalón más neuromodulador . Observamos una disminución y no aumento de la analgesia posttécnica.

Respecto a la escala de calidad 5QD pretécnica de los 19 pacientes, el ítem recogido con peor valoración era el dolor, 18 pacientes presentaban dolor moderado y 3 pacientes dolor severo. Respecto al ítem actividad 18 pacientes presentaban algunos problemas para sus actividades diarias y 3 pacientes no presentaban problemas en sus actividades diarias.

Se recoge valoración 5QD a los 6 meses en 11 pacientes (el resto no han llegado a cumplir los 6 meses), en estos el ítem dolor mejoraba en 3 pacientes y no empeoraba en 8 pacientes. Respecto al ítem actividad mejoraban 4 pacientes y no empeoraban 7 pacientes. Observamos mejoría y no empeoramiento en los ítems del dolor y actividad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos importante precisar la selección de patología mecánico -degenerativa subsidiaria a bloqueo del dolor ecoguiado y conseguir una muestra de pacientes suficiente para poder realizar estudio estadístico para la interpretación de resultados y definir conclusiones. Por las deficiencias mencionadas en el apartado 5, centraremos en la medida de lo posible el estudio en seleccionar patología mecánico degenerativa que no precise monitorización en quirófano ni colaboración con anestesista.

7. OBSERVACIONES.

En el proyecto ha dejado de colaborar la Doctora Rosario Escartín Martínez por jubilación, por lo que hemos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0386

1. TÍTULO

CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA

añadido a las Dras Muniesa y Royo, Traumatólogas de nuestro Hospital y formadas en ecografía musculoesquelética

*** ===== Resumen del proyecto 2018/386 ===== ***

Nº de registro: 0386

Título
CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA

Autores:
RENAU HERNANDEZ ESMERALDA, ORELLANA GARCIA RAQUEL, PECES GONZALEZ NATALIA, ESCARTIN MARTINEZ ROSARIO, OSCA GUADALAJARA MARTA, UBEDA DOMINGUEZ PILAR, ESCANERO SOLANAS MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el año 2017, dentro de las patologías valoradas en la Unidad del Dolor, el dolor osteoarticular fue la más prevalente junto con las lumbociatálgias, con una suma total del 74% de los procesos tratados. Respecto a la procedencia de los pacientes tratados en la unidad de dolor destacar los procedentes desde Traumatología y Atención Primaria. Con los datos señalados, es evidente que se precisan de tratamientos complementarios al farmacológico iniciado desde Atención Médica en Primaria para el tratamiento de reagudizaciones del dolor crónico musculoesquelético.
Las Unidades de Musculoesquelético (UME), pertenecen al servicio de Medicina Física y Rehabilitación y colaboran con Traumatología, Reumatología y la Unidad del Dolor para establecer tratamientos dirigidos al proceso inflamatorio con técnicas ecoguiadas y la coordinación de rehabilitación que incluye la fisioterapia y educación sanitaria osteomuscular.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Ganancia en la mejora del control del dolor con técnicas de bloqueo e infiltración ecoguiadas, ya que supone una mejoría en la precisión y seguridad de la técnica intervencionista del dolor.
2- Reducción de la medicación analgésica según escala analgésica de la OMS
3- Valorar resultados con rehabilitación domiciliaria versus hospitalaria.
4- Reducción de agudizaciones y recurrencias en patología musculoesquelética, con la coordinación de pautas de rehabilitación hospitalaria o domiciliaria.
5- Registro de la mejora en la calidad de vida del paciente con posibilidad de realizar estudios coste efectividad y coste utilidad

MÉTODO
Técnicas de bloqueos e infiltraciones ecoguiadas y/o otros tratamientos específicos de unidad de dolor para el control de la inflamación y dolor osteomuscular coordinadas con el tratamiento de rehabilitación hospitalaria o domiciliaria.
Se valorarán pacientes con patología mecánico degenerativa articular de articulaciones periféricas de extremidades y patología tendinosa
Realización de infiltraciones en patología de columna mecánico degenerativa facetaria, bloqueos nerviosos en dolor neuropático secundario a neuropatías periféricas

INDICADORES
En los pacientes seleccionados, se recogerán las variables a estudio en una base de datos Excel:
- Edad, sexo, número de historia clínica
- Fecha de inicio de valoración y fecha de alta
- Tipo de Patología osteomuscular
- Tipo de bloqueo: anestésico, corticoide, ácido hialurónico, toxina botulínica
- Grado de dolor según la escala visual analógica (EVA) en el momento previo al bloqueo ecoguiado y posterior a las 2 -4 semanas, a los 3 meses, 6 meses y 1 año.
- Rehabilitación postbloqueo o infiltración ecoguiada. Se recogerá si se realizó y el lugar de dónde se realizó (domicilio o ambulatoria).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0386

1. TÍTULO

CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA

- Tratamiento farmacológico analgésico según escala analgésica de la OMS, que lleva el paciente en el momento de la infiltración, a los 3 meses, 6 meses y 1 año.
 - Calidad de vida relacionada con la salud en el momento de la infiltración, a los 3 meses, 6 meses y 1 año. Se utilizará el cuestionario europeo EQ-5D .Posteriormente se obtendrá el valor de la tarifa social (TS).
 - Reagudizaciones de dolor osteomuscular en un plazo de 1 a 2 años de los pacientes valorados
- Se realizará un análisis descriptivo de la muestra y posteriormente estadístico utilizando el programa SPSS versión 20 para evaluar los objetivos señalados

DURACIÓN

La recogida de datos se realizará durante 6 meses a 1 año. Se ha iniciado la recogida de datos en marzo de 2018. Se estima que se recogerá una muestra de 50 a 100 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 - 2018/0386

1. TÍTULO

CONTROL DEL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO DE TÉCNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACIÓN

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ESMERALDA RENAU HERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PECES GONZALEZ NATALIA
RUBER MARTIN MARIA DEL CARMEN
ORELLANA GARCIA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestro servicio hemos realizado dos grupos de estudio uno desde abril 2018 hasta abril de 2019 y otro desde mayo hasta junio 2019. Se valoran pacientes con patología musculoesquelética susceptibles de ser sometidos a técnicas ecoguiadas para control del dolor.

Criterios de Inclusión: Pacientes ? 18 años con dolor reagudizado musculoesquelético de 1 a 3 meses de evolución, con una puntuación en la escala visual analógica ? 5 pese al tratamiento farmacológico. Criterios de exclusión: Pacientes con capacidad cognitiva deteriorada y/o transtornos psiquiátricos . Pacientes con una puntuación en la escala visual analógica ? 5 .Aquellos que rechazan la técnica ecoguiada

Se han recogido las variables a estudio en una base de datos Excel: Edad, sexo, número de historia clínica. Fecha de inicio de valoración y fecha de alta. Tipo de Patología osteomuscular. Tipo de bloqueo: anestésico, corticoide, ácido hialurónico, toxina botulínica. Grado de dolor según la escala visual analógica (EVA) en el momento previo al bloqueo o infiltración ecoguiada y posterior (puede ser por contacto telefónico) a las 2 -4 semanas, a los 3 meses, 6 meses y 1 año. Mediante la escala se clasifica el dolor de 0 (no dolor) a 10 (máximo dolor percibido). Se considerarán los valores de 0-3 como dolor leve, de 3-6 dolor moderado y de 7-10 dolor fuerte. Rehabilitación postbloqueo o infiltración ecoguiada. Se recogerá si se realizó y el lugar de dónde se realizó (domicilio o ambulatoria). Tratamiento farmacológico analgésico según escala analgésica de la OMS, que lleva el paciente en el momento de la infiltración, a los 3 meses, 6 meses y 1 año. Calidad de vida relacionada con la salud en el momento de la infiltración, a los 3 meses, 6 meses y 1 año. Se utilizará el cuestionario europeo EQ-5D con el cual el paciente valorará su estado de salud en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y luego en una escala visual analógica global. Posteriormente se obtendrá el valor de la tarifa social (TS), que consiste en la codificación de los niveles de gravedad y que permite clasificar los estados de salud y comparar con otros estudios y países. Los valores de TS oscilan entre 1 (mejor estado de salud) y 0 (la muerte). Reagudizaciones de dolor osteomuscular en un plazo de 1 a 2 años de los pacientes valorados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera muestra (periodo abril 2018 - abril 2019) se recogen 21 pacientes los cuales se han valorado 19 pacientes a los 3 meses y 11 de ellos a los 6 meses.

La media de edad de los pacientes es de 52 años de los cuales 4 son hombres y 17 mujeres.

El diagnóstico de las patologías recogidas son patología de hombro 13, de las cuales 5 son capsulitis de hombro, 3 artrosis glenohumeral y 5 bursitis / tendinitis. De las 5 capsulitis, dos son capsulitis postquirúrgica. Se han recogido 5 coxartrosis y 2 lumbalgias una de ellas orientada como síndrome piramidal y la otra de síndrome del cuadrado lumbar . Se ha recogido también una rizartriosis. Las técnicas fueron realizadas en consultas externas excepto las lumbalgias junto con anestesiista de unidad del dolor y una artrosis glenohumeral con comorbilidad que precisó monitorización.

Las técnicas ecoguiadas realizadas son bloqueos en hombro realizadas con corticoides más ácido hialurónico 1, corticoides más anestésicos 11 y con solo anestésico 1. Los bloqueos en coxartrosis fueron 5 con corticoides más ácido hialurónico. Las lumbalgias fueron bloqueo del piramidal con toxina botulínica y bloqueo del cuadrado lumbar con corticoides más anestésicos. Destacar la no incidencia de efectos secundarios en las técnicas realizadas La EVA media del dolor pretécnica fueron =6'8 /10 y la EVA del dolor a los 3 meses posttécnica en 19 pacientes fue = 5/10 en 11 pacientes y sin cambios =6/10 en 8 pacientes.

De los 11 que mejoraron EVA del dolor realizaron Fisioterapia posttécnica en domicilio con educación y ejercicios 12 pacientes y con fisioterapia ambulatoria 9 pacientes.

Analgesia pretécnica 10 pacientes precisaban analgesia primer escalón, 7 pacientes segundo escalón de analgesia, 1 paciente analgesia de tercer escalón. Un paciente presentaba analgesia de primer escalón junto con neuromoduladores y otro paciente analgesia de tercer escalón junto con neuromoduladores. En cuanto a analgesia posttécnica a los tres meses, 6 pacientes no tomaban ninguna medicación, otros 6 pacientes tomaban analgesia de primer escalón, 4 pacientes toman analgesia de segundo escalón, 1 paciente analgesia de tercer escalón, 1 paciente analgesia de primer escalón más neuromodulador Destacar en la escala de calidad 5QD que el ítem recogido con peor valoración era el dolor, 13 pacientes con dolor moderado y 3 pacientes con dolor severo. Respecto al ítem actividad 18 pacientes presentaban algunos problemas para sus actividades diarias y 3 pacientes no presentaban problemas en sus actividades diarias.

Se recoge valoración 5QD a los 6 meses en 11 pacientes (el resto no han llegado a cumplir los 6 meses), en estos el ítem dolor mejora en 3 pacientes y no empeora en 8 pacientes. Respecto al ítem actividad mejoran 4 pacientes y no empeoran 7.

En la segunda muestra (periodo mayo -junio 2019) se recogen 7 pacientes en edad comprendida entre 35 y 64 años con edad media 51 años. 5 de los 7 pacientes presentan lesiones focales en troquíter en el estudio radiológico. En cuanto al sexo, se han valorado a 6 mujeres y 1 hombre. El hombro más afectado ha sido el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0386

1. TÍTULO

CONTROL DEL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO DE TÉCNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACIÓN

derecho y todos los pacientes eran diestros. El EVA medio previo a la técnica ha sido 7 y postécnica 3.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se pretendía mejorar el control del dolor con técnicas de bloqueo e infiltración ecoguiadas, ya que supone una mejoría en la precisión y seguridad de la técnica intervencionista del dolor. Reducción de la medicación analgésica según escala analgésica de la OMS. Valorar resultados con rehabilitación domiciliaria versus hospitalaria. Reducción de agudizaciones y recurrencias en patología musculoesquelética, con la coordinación de pautas de rehabilitación hospitalaria o domiciliaria. Registro de la mejora en la calidad de vida del paciente con posibilidad de realizar estudios coste efectividad y coste utilidad.

Conclusiones de la primera muestra: observamos una mejoría de EVA dolor y no empeoramiento postécnica. Observamos una retirada o disminución de la medicación analgesia postécnica. Respecto a las escalas de valoración de calidad de vida (5QD) hay una mejoría y no empeoramiento en los ítems del dolor y actividad.

En la segunda muestra. Observamos una mejoría de EVA dolor y ningún paciente ha precisado segunda infiltración

7. OBSERVACIONES.

Destacar como principales dificultades el no disponer de ecógrafo en nuestro servicio de forma regular para realizar las técnicas así como la falta de recursos humanos (reducción de plantilla médica, auxiliar de enfermería.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/386 ===== ***

Nº de registro: 0386

Título
CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA

Autores:
RENAU HERNANDEZ ESMERALDA, ORELLANA GARCIA RAQUEL, PECES GONZALEZ NATALIA, ESCARTIN MARTINEZ ROSARIO, OSCA GUADALAJARA MARTA, UBEDA DOMINGUEZ PILAR, ESCANERO SOLANAS MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el año 2017, dentro de las patologías valoradas en la Unidad del Dolor, el dolor osteoarticular fue la más prevalente junto con las lumbociatálgias, con una suma total del 74% de los procesos tratados. Respecto a la procedencia de los pacientes tratados en la unidad de dolor destacar los procedentes desde Traumatología y Atención Primaria. Con los datos señalados, es evidente que se precisan de tratamientos complementarios al farmacológico iniciado desde Atención Médica en Primaria para el tratamiento de reagudizaciones del dolor crónico musculoesquelético.

Las Unidades de Musculoesquelético (UME), pertenecen al servicio de Medicina Física y Rehabilitación y colaboran con Traumatología, Reumatología y la Unidad del Dolor para establecer tratamientos dirigidos al proceso inflamatorio con técnicas ecoguiadas y la coordinación de rehabilitación que incluye la fisioterapia y educación sanitaria osteomuscular.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Ganancia en la mejora del control del dolor con técnicas de bloqueo e infiltración ecoguiadas, ya que supone una mejoría en la precisión y seguridad de la técnica intervencionista del dolor.
- 2- Reducción de la medicación analgésica según escala analgésica de la OMS
- 3- Valorar resultados con rehabilitación domiciliaria versus hospitalaria.
- 4- Reducción de agudizaciones y recurrencias en patología musculoesquelética, con la coordinación de pautas de rehabilitación hospitalaria o domiciliaria.
- 5- Registro de la mejora en la calidad de vida del paciente con posibilidad de realizar estudios coste

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0386

1. TÍTULO

CONTROL DEL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO DE TÉCNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACIÓN

efectividad y coste utilidad

MÉTODO

Técnicas de bloqueos e infiltraciones ecoguiadas y/o otros tratamientos específicos de unidad de dolor para el control de la inflamación y dolor osteomuscular coordinadas con el tratamiento de rehabilitación hospitalaria o domiciliaria.
Se valorarán pacientes con patología mecánico degenerativa articular de articulaciones periféricas de extremidades y patología tendinosa
Realización de infiltraciones en patología de columna mecánico degenerativa facetaria, bloqueos nerviosos en dolor neuropático secundario a neuropatías periféricas

INDICADORES

En los pacientes seleccionados, se recogerán las variables a estudio en una base de datos Excel:

- Edad, sexo, número de historia clínica
 - Fecha de inicio de valoración y fecha de alta
 - Tipo de Patología osteomuscular
 - Tipo de bloqueo: anestésico, corticoide, ácido hialurónico, toxina botulínica
 - Grado de dolor según la escala visual analógica (EVA) en el momento previo al bloqueo ecoguiado y posterior a las 2 -4 semanas, a los 3 meses, 6 meses y 1 año.
 - Rehabilitación postbloqueo o infiltración ecoguiada. Se recogerá si se realizó y el lugar de dónde se realizó(domicilio o ambulatoria).
 - Tratamiento farmacológico analgésico según escala analgésica de la OMS, que lleva el paciente en el momento de la infiltración, a los 3 meses, 6 meses y 1 año.
 - Calidad de vida relacionada con la salud en el momento de la infiltración, a los 3 meses, 6 meses y 1 año. Se utilizará el cuestionario europeo EQ-5D .Posteriormente se obtendrá el valor de la tarifa social (TS).
 - Reagudizaciones de dolor osteomuscular en un plazo de 1 a 2 años de los pacientes valorados
- Se realizará un análisis descriptivo de la muestra y posteriormente estadístico utilizando el programa SPSS versión 20 para evaluar los objetivos señalados

DURACIÓN

La recogida de datos se realizará durante 6 meses a 1 año. Se ha iniciado la recogida de datos en marzo de 2018. Se estima que se recogerá una muestra de 50 a 100 pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0550

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES MUÑOZ LEON
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON MARIÑO ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Recepción en plazo de las solicitudes y registro de entrada de las mismas.
- Planificación de la asignación de turnos.
- Reunión de la Comisión de Adecuación y Organización de la Asistencia Temporal a Pacientes Desplazados en el Programa de Hemodiálisis Crónica.
- Notificación de la asignación así como realización de las modificaciones necesarias en base a las necesidades personales de los pacientes y de nuestra capacidad.
- Apertura de historia clínica.
- Atender las peticiones de adhesión al transporte colectivo.
- Detección de situación social de riesgo y derivación a T.Social .
- Verificación de la inclusión en SIFCO.
- Redacción de la actividad en la memoria anual y en los acuerdos de gestión de la Unidad de T.Social y en la del Servicio de Nefrología.
- Todas las actividades se realizan según el calendario marcado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha recibido 12 solicitudes en plazo, y 2 fuera de plazo (no se admiten a trámite). De las 12, dos se ubican fuera de nuestro sector en su residencia estival (no se admiten a trámite). De las 10 restantes, dos renuncian la concesión inicial por motivos personales y uno fallece y otro paciente es trasplantado. Por lo tanto se atiende un total de 6 pacientes, con 104 sesiones de hemodiálisis. Por lo tanto, equidad, al atenderse el total y en forma (adaptadas al periodo solicitado por el paciente atendiendo las modificaciones que plantea el paciente a la asignación inicial)
Por todo ello se mejora la atención general al paciente renal al permitirle desplazarse en periodo estival, mejora su calidad de vida global facilitando el retorno a su lugar de origen, se posibilitan periodos de autonomía personal y movilidad geográfica, se preserva la conciliación de su vida familiar con su enfermedad y se colabora con el movimiento asociativo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Sostenibilidad y posibilidad de replicación: garantizadas. Se viene realizando desde hace dos décadas. Adaptándose a cada momento. Plena satisfacción verbalizada por los usuarios.
-Consecución de los objetivos iniciales: Máxima.
-Recomendaciones de mejora: Hacer extensivo el programa, no solo al periodo estival, si no al resto del año, coincida o no con periodos vacacionales tradicionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/550 ===== ***

Nº de registro: 0550

Título
PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA

Autores:
MUÑOZ LEON MERCEDES, GASCON MARIÑO ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0550

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA

Tipo Patología : Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Hemodiálisis
Línea Estratégica . : Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos . :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque : Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque. :

PROBLEMA

La zona rural de nuestro Sector Teruel es receptora, sobremanera en periodo estival, de población proveniente de otras localidades; encontrándonos un flujo nuevo de pacientes que precisan garantizar tratamiento de hemodiálisis crónica en destino.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la atención a pacientes con enfermedad renal crónica que deseen desplazarse a nuestro sector en periodo estival.
- Mejorar su calidad de vida global facilitando el retorno temporal a sus localidades de origen.
- Posibilitar periodos de autonomía personal y movilidad geográfica a pacientes sujetos a tratamiento crónico no autoadministrable en domicilio.
- Preservar la conciliación de su enfermedad con vida familiar y rol social.
- Colaborar con el movimiento asociativo vinculado a salud (ALCER Teruel)

Hay creada una "Comisión de Adecuación y Organización de la Asistencia Temporal a Pacientes Desplazados en el Programa de Hemodiálisis Crónica"

Formada por:

- Director del Hospital Obispo Polanco (en adelante Hospital O. Polanco)
- Directora de Enfermería del Hospital O. Polanco.
- Subdirectora Provincial de Inspección y Aseguramiento Sanitario.
- Nefrólogo Jefe del Servicio de Nefrología del Hospital O. Polanco.
- Enfermera Supervisora de la Unidad de Diálisis del Hospital O. Polanco.
- Trabajador Social del Hospital O. Polanco.Secretaria de la comisión. (en adelante T.Social)
- Secretaria de la Asociación de Lucha Contra las Enfermedades del Riñón (ALCER Teruel).

En la misma se estudian las solicitudes recibidas en plazo en las que pacientes solicitan su hemodiálisis para el periodo estival (que abarca del 1 de junio al 31 de septiembre)

Las solicitudes se reciben por fax desde los centros médicos/ asociaciones y se archivan conforme fecha de registro de entrada.

En 2016 se han recibido un total de 11 solicitudes en plazo, con asignación inicial a todas ellas, y con posterior renuncia por parte de 4 pacientes, quedando finalmente un total de 127 sesiones realizadas a un total de 7 pacientes. Distribución: 0 en junio, 42 en julio, 56 en agosto y 29 en septiembre.

MÉTODO

- Informar a todos los centros y asociaciones que históricamente solicitan plaza de plazos de recepción y contenido de las solicitudes, que debe comprender: identificación, informe médico, serología, pauta de hemodiálisis, domicilio en destino y periodo solicitado, para uniformar y evitar errores.
- Apertura de historia clínica al paciente dializado en este programa.
- Atender las peticiones de prórroga sobre el periodo concedido que se reciben ya en el transcurso.
- Atender modificaciones solicitadas por los pacientes una vez recibida la concesión, en atención a su situación sociofamiliar.
- Atender las peticiones de adhesión a transporte según Convenio ALCER- Dpto.de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón
- Detección precoz de situación de riesgo social y derivación a T.Social.

INDICADORES

- Indicadores:
 - Número de plazas de hemodiálisis en periodo estival adjudicadas, en relación al total de pacientes que lo solicitan, con criterios de equidad para poder atender a todos ellos.
 - Número de asignaciones de plazas modificadas en atención a las circunstancias sociofamiliares que plantea cada paciente.

Monitorización: Control evolutivo de las solicitudes recibidas para hemodiálisis en periodo estival.

Evaluación:

- Reunión anual evaluadora. Se convoca a Hospital O. Polanco (Jefe del Serv. de Nefrología y a la T.Social) y a la secretaria de ALCER Teruel.
- Reunión de la mencionada comisión en la segunda quincena de mayo para asignación de plazas.
- Durante el periodo estival, seguimiento continuado de todos los aspectos.
- Memoria del Servicio de Nefrología.
- Memoria de la Unidad de Trabajo Social.

DURACIÓN

- Del 1 de enero al 15 de mayo:
- El T.Social recibe las solicitudes vía fax y da registro de entrada a cada una de ellas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0550

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA

-Del 16 al 31 de mayo:

-El T.Social entrega la relación de pacientes (identificación personal y del centro de origen) y peticiones a Jefe del Serv. Nefrología y a Supervisora de la Unidad de Diálisis y se diseña planning con la asignación para presentarla a la comisión.

-Jefe del Serv. de Nefrología convoca la reunión de la comisión.

-Reunión de la comisión donde se trata: recepción, asignación y temas de mejora (SIFCO, transporte, etc).

-La T.Social notifica la asignación de plaza (y adjunta carta del Director del Hospital con mención del procedimiento de asignación y turno concedido).

-Apertura de historia clínica al total de pacientes concedidos.

-Del 1 de junio al 31 de septiembre:

-Coordinación continua T.Social y Unidad de Diálisis.

-Noviembre:

-T. Social realiza estudio de la correcta inclusión del documento SIFCO y en caso de error, insta a corrección a la comunidad autónoma de origen.

-Diciembre:

-Reunión evaluadora entre Hospital O. Polanco (asisten Jefe del Serv. de Nefrología y la T.Social) y la secretaria de ALCER Teruel.

-Notificación por fax a todos las asociaciones y centros solicitantes de los plazos de recepción y los contenidos mínimos.

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 - 2013/0020

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA NEUMONIA POR BRONCOASPIRACION MEDIANTE EL DESPISTAJE DE LA DISFAGIA DESDE URGENCIAS EN PACIENTE QUE INGRESA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BORRUEL AGUILAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS
BEHROUZ BANDPEY FATAHI
VILLALBA GARCIA JUSTO
VICARIA WITTIG GUSTAVO
MIGUEL ORTEGA MARIA ANGELES
REMON VICENTE ESTHER
PEREZ MARTIN MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el mes de octubre de 2013 se pasan los test de despistaje de disfagia a los pacientes que entran dentro de los criterios establecidos. Paciente con dieta oral y entre las edades establecidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se recogen 32 casos de pacientes que ingresan desde urgencias a los distintos servicios de nuestro hospital y que siguen tolerancia oral.

Se pasa EAT-10, test de despistaje de disfagia obteniendo las siguientes puntuaciones: 0-17 pacientes, 1-3 pacientes, 2-4 pacientes, 3 1 paciente, 4 -1 paciente y 13 1 paciente.

Se realizan 7 test de volumen viscosidad con los siguientes resultados: disfagia a líquidos 3 pacientes, disfagia mixta 1 paciente, no disfagia 3 pacientes.
En los pacientes a los que se determina tipo de dieta tras test de volumen viscosidad en 3 de los casos se pauta dieta adecuada y 4 de ellos no adecuada.

El número de broncoaspiraciones de los pacientes a los que se realizó el TEst eat-10 o el volumen viscosidad fue de 0.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Baja implicación de los profesionales de urgencias en la valoración de la disfagia de los pacientes que ingresan y de la adecuación de la dieta de estos.

Recomendamos insistir en el protocolo de disfagia para adecuar las dietas y evitar complicaciones.

Nuevas sesiones informativas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2013/20 ===== ***

Nº de Registro: 0020

Título
PREVENCIÓN DE LA NEUMONIA POR BRONCOASPIRACION MEDIANTE EL DESPISTAJE DE LA DISFAGIA DESDE URGENCIAS EN PACIENTE QUE INGRESA

Autores:
BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE, MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, ESTABEN BOLDOVA VICTORIA, MIGUEL ORTEGA MARIA ANGELES, PEREZ MARTIN MARIA ANGELES, REMON VICENTE ESTER, VILLAMON NEVOT MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

PROBLEMA
La disfagia es un trastorno que consiste en la dificultad para deglutir los alimentos sólidos y/o líquidos desde la cavidad bucal hasta el estómago. La disfagia es más frecuente en la población anciana, así como en las enfermedades neurodegenerativas, la demencia y después de un accidente vascular cerebral.

- Accidente vascular cerebral	43-60%
- Enfermedad de Parkinson	35-50%
- Enfermedad de Alzheimer	45-50%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0020

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE LA NEUMONIA POR BRONCOASPIRACIÓN MEDIANTE EL DESPISTAJE DE LA DISFAGIA DESDE URGENCIAS EN PACIENTE QUE INGRESA

- Neoplasias de cabeza y cuello 59%
- Población institucionalizada: 50-65%

Se ha estimado una prevalencia de disfagia en ancianos sanos entre el 7 y el 22%. Su estudio se hace especialmente importante dado que se reconoce un aumento de la población mayor, así pues en España, la proporción de mayores de 65 años se encuentra alrededor del 15%, y se prevé que llegue al 19% en el año 2020.

La disfagia si no se trata precozmente, puede tener repercusiones importantes sobre la salud de los que la padecen, disminuyendo considerablemente su calidad de vida. Así, las complicaciones más importantes derivadas del inadecuado abordaje de este trastorno son: la malnutrición, la deshidratación, las aspiraciones y neumonías, teniendo esta última en el 50 % de los casos, una mortalidad asociada de hasta el 50 %, siendo ésta una patología grave y posiblemente evitable en algunos casos.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Detectar a los pacientes con disfagia. Valoración del grado de disfagia. Instauración de tratamiento nutricional con el fin de prevenir las complicaciones de la disfagia. Evitar el número de neumonías por broncoaspiración totales en nuestro hospital con una disminución por tanto de la mortalidad por este motivo.

MÉTODO

Se pasará el test EAT -10 (test autocumplimentable para despistaje de disfagia) a todo paciente que vaya a ingresar en el hospital y que tenga más de 65 años.

En los pacientes que obtengan puntuación positiva en el test EAT-10 o a quienes por sus características previas se les presuponga la presencia de disfagia (o enfermedades que puedan ser causa de disfagia: demencia, parkinson, tumores faciales...), se les realizará el test de volumen-viscosidad.

En los pacientes en los que se determine la existencia de algún grado de disfagia, se administrará la dieta adecuada según sus necesidades.

INDICADORES

- Número de pacientes ingresados a los que se les realiza EAT-10
- Número de pacientes ingresados a los que se les realiza test de volumen viscosidad
- Número de paciente que ingresan con dieta adecuada a sus necesidades.
- Número total de pacientes que al alta presentan diagnóstico de neumonía por broncoaspiración y comparación con el de años anteriores.

DURACIÓN

Se pasarán los test de despistaje de disfagia a partir del mes de mayo hasta octubre.
Durante noviembre y diciembre se realizará recopilación de datos y estudio de los mismos.

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 - 2013/0045

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DE POTENCIALES DONANTES DE ORGANOS EN EL AREA DE URGENCIAS. OPTIMIZACION DEL PROYECTO

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE VICTORIA ESTABEN BOLDOVA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ OVIEDO ANTONIO
BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION
BENEDICTO TORRES MARIA PILAR
REMON VICENTE ESTHER
CORRAL MARTIN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE REALIZA PROTOCOLO HOSPITALARIO DE ACTUACIÓN EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE CARA A AUMENTAR LA DETECCIÓN DE LOS POTENCIALES DONANTES DE ÓRGANOS QUE SE ATIENDEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.
PARA CONSEGUIR ESTO, TRAS LA REALIZACIÓN DEL MISMO, SE IMPARTEN SESIONES CLÍNICAS MULTIDISCIPLINARES EN EL SERVICIO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE HA CONSEGUIDO UNA MAYOR CONCIENCIACIÓN CON LA DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO QUE CONLLEVA UN AUMENTO Y UNA MEJORA EN LA DETECCIÓN DE LOS POSIBLES DONANTES ASI COMO UNA MEJOR ATENCIÓN EN EL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DADA LA IMPORTANCIA D ELA DONACIÓN EN NUESTROS DÍAS, ES NECESARIO UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN HOSPITALARIA TANTO PARA DETECTAR EL MAYOR NÚMERO DE POTENCIALES DONANTES COMO PARA UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACIÓN EN LOS MISMOS.

7. OBSERVACIONES.

AGRADECERÍA QUE ME ENVIASEIS EL CERTIFICADO ANTES DEL 25 DE FEBRERO. GRACIAS. UN SALUDO.

*** ===== Resumen del proyecto 2013/45 ===== ***

Nº de Registro: 0045

Título
MEJORA EN LA DETECCION DE POTENCIALES DONANTES DE ORGANOS EN EL AREA DE URGENCIAS. OPTIMIZACION DEL PROCESO

Autores:
ESTABEN BOLDOVA VICTORIA, MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE, SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR, VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, BENEDICTO TORRES MARIA PILAR, REMON VICENTE ESTER, CORRAL MARTIN MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

PROBLEMA

En los últimos años los casos de donación de órganos han mantenido una tendencia a la baja en nuestro país, debido en parte a la disminución de los accidentes de tráfico. Según los datos de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), la mayoría de las donaciones se realiza de pacientes en muerte encefálica, siendo un mínimo porcentaje los donantes en asistolia. En 2008 dada la escasez de donantes, la ONT lanzó la campaña plan 40, que trata impulsar la donación para conseguir cifras de 40 donantes por millón de población. En este sentido nuestra Comunidad y por extensión nuestro Hospital se encuentran por debajo de ese objetivo estratégico. Esto se agrava al no disponer en nuestro centro de servicio Neuroquirúrgico. Sin embargo, recientes estudios revelan el potencial que tienen los servicios de urgencias para detectar casos de potenciales donantes de órganos, que en la mayoría de los casos fallecen en urgencias/planta hospitalización dentro de las primeras 72 h, diagnosticados la mayoría de Hemorragia cerebral sin opciones terapéuticas y que podrían entrar en el programa. Este protocolo se está desarrollando ya en alguna comunidad Autónoma como La Rioja, con resultados excelentes (pasó de ser la que menos donantes tenía hace unos años a ocupar la cabeza de la lista en cuanto a detección de potenciales donantes).

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar la detección de potenciales donantes en nuestro hospital.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0045

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DE POTENCIALES DONANTES DE ORGANOS EN EL AREA DE URGENCIAS. OPTIMIZACION DEL PROYECTO

mejorar el proceso de la donación de organos desde el servicio de urgencias.

MÉTODO

Impulsar la formación y recopilar en una vía clínica todo el proceso de la donación de organos en urgencias . Pretende ser una herramienta que permita al urgenciólogo abordar los siguientes items:

- Establecer con claridad las contraindicaciones para ser donante de órganos y tejidos. En este sentido hacer hincapié en que la edad no supone contraindicación.
- Recopilar indicadores validados clínico-radiológicos en la hemorragia intracraneal que permitan al clínico disminuir la incertidumbre a la hora de determinar el pronóstico de este tipo de pacientes e identificar los que pueden fallecer en muerte encefálica.
- Dar a conocer la figura del Coordinador de trasplantes del Hospital para consultar dudas y participación en el proceso.
- formación específica del personal para evitar conductas/actuaciones que faciliten la negativa de la familia a la donación. En este sentido, se tratará cómo dar malas noticias, establecer el cuándo y el cómo se plantea la donación de órganos a la familia.
- Mantenimiento del potencial donante de órganos en urgencias mediante el abordaje de las principales complicaciones en estos pacientes.

INDICADORES

Determinar la tasa de potenciales donantes de órganos, donantes efectivos y compararla con la de años anteriores tras la implantación del programa.

DURACIÓN

Elaboración del protocolo: abril-junio
Formación: septiembre
Seguimiento: 2 años.

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 - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON LA ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE AURORA ANDRES SALIENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN IGUAL ADORACION
HERNANDEZ GARCIA LOURDES
CONEJOS LOZANO AURORA
CORTEL VICENTE ANA BENITA
FORNES LOPEZ MARIA TERESA
VICENTE CORTES ROSA
PEREZ LAFUENTE ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Actualización del protocolo de gasometría arterial y capilar
2. Presentación en el calendario de Sesiones del S. de Urgencias
3. Modificaciones en PCH para el registro del procedimiento con el fin de realizar la evaluación posterior.
4. Entrenamiento en la técnica de anestesia local de los profesionales.
5. Evaluaciones mensuales desde PCH de pacientes con patología respiratoria, cardíaca o metabólica a los que se les ha realizado una gasometría arterial.
6. Informar a los profesionales de los resultados de los indicadores evaluados.
7. Presentación de resultados en el Congreso Nacional de SEMES 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Existencia de protocolo actualizado de Gasometría Arterial: SI
2. % Pacientes en los que se administra anestésico local previa a la punción arterial: >90% de los pacientes.
3. % pacientes a los que se les realiza el Test de Allen previo a la punción: 84%.
4. Se llevo a cabo un estudio de casos-controles (desde julio 2016-febrero 2017) . El tamaño muestral fue de 312, siendo 249 los casos y 63 los controles. La distribución por sexos fue similar. El dolor asociado a la técnica lo refirieron como leve en el 95% de los casos y en el 20% de los controles, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. (p<0.001). No hubo diferencias en la aparición de complicaciones entre los 2 grupos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo considera muy positivo el uso de anestésico previa a la punción arterial. Los pacientes con experiencias previas nos lo manifiestan. No hemos tenido ninguna complicación.
Nos queda conseguir que cuando no se usa la anestesia previa a la punción los profesionales registren los motivos, ya que el protocolo establece como exclusión la extrema urgencia y la alergia a la anestesia. Durante este año queremos transmitir y formar en el procedimiento a otras unidades del hospital que ya nos lo han solicitado y llevar a cabo una sesión en el Hospital San José a solicitud de la Dirección de Enfermería de dicho Centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/147 ===== ***

Nº de registro: 0147

Título
DISMINUCION DE DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

Autores:
ANDRES SALIENTE AURORA, ESTEBAN IGUAL ADORACION, HERNANDEZ GARCIA LOURDES, CONEJOS LOZANO AURORA, CORTEL VICENTE ANA BENITA, FORNES LOPEZ MARIA TERESA, VICENTE CORTES ROSA, PEREZ LAFUENTE ANA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON LA ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

Tipo de Objetivos . :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La punción arterial es una técnica habitual utilizada por los enfermeros de Urgencias, con gran valor en el diagnóstico y seguimiento de la insuficiencia respiratoria. Como técnica cruenta, produce dolor y los pacientes la perciben con rechazo.

En el hospital Obispo en el Polanco en el año 2015 se realizaron 9.196 gasometrías, de las cuales 2.573 fueron gasometrías arteriales. En nuestro Servicio de Urgencias, en el mismo periodo de tiempo se realizaron un total de 6.857 gasometrías de las cuales venosas fueron 5315 y 1542 arteriales, lo que supone el 59,93% del total de las gasometrías arteriales que se llevan a cabo en el hospital.

A pesar de que el uso de anestesia local antes de la punción arterial tiene un nivel de evidencia CATEGORIA IB dentro de la PBE (categorización de los CDC. Centers for Disease Control and Prevención. Atlanta. EEUU) y de que la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) avalan la importancia de su utilización, en la práctica habitual no se utiliza, bien por desconocimiento, bien por creencias erróneas.

El temor y la ansiedad, además del dolor, puede altear los resultados por la hiperventilación asociada.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es la disminución del dolor asociado a la punción arterial utilizando en esta práctica anestesia local previa a la punción, siempre que el algoritmo elaborado en la actualización de este procedimiento no lo contraindique.

Constatar el nivel de conocimiento de los enfermeros en este procedimiento previo a su implantación.

MÉTODO

- Conformar un grupo de trabajo para abordar esta mejora. Realizar una encuesta para objetivar el conocimiento de los enfermeros de urgencias con la practica de administración de anestesia local previa a la GA
- Elaborar un nuevo protocolo de Gasometría Arterial actualizado con las prácticas basadas en la evidencia (PBE) descritas hasta la fecha.
- Difusión de protocolo.
- Formación del personal a cargo de los integrantes del grupo de trabajo.
- Llevar a cabo las modificaciones pertinentes en PCH para su registro adecuado que permita la evaluación de esta práctica y estudios de investigación posteriores
- Elaborar indicadores de evaluación.

INDICADORES

1. Existencia de un protocolo actualizado

2. % de G.A. en las que se utiliza anestesia local

Número de pacientes en los que se administra anestésico local previa punción arterial

Total de pacientes a los que se les realiza una GA

Esperamos conseguir un 80%

3. % de pacientes que manifiestan dolor entre 0-3 en EVA tras punción arterial previa infiltración de anestesia

Número de pacientes que manifiestan dolor entre 0-3 tras punción arterial previa infiltración de anestésico local.

Total de pacientes a los que se les administra anestésico previo a la punción

Esperamos conseguir: 90% - 95%

Se evalúan 15 pacientes / mes consecutivos desde ultimo día hábil hasta conseguir la muestra. (180 pacientes año).

DURACIÓN

Inicio proyecto: septiembre 2016

Resultados definitivos y memoria del proyecto: noviembre 2017

Evaluación de los resultados de la encuesta en relación al conocimiento de esta práctica en las/os enfermeros de urgencias (previo al inicio del proyecto).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON LA ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

Fecha de entrada: 11/12/2018

2. RESPONSABLE AURORA ANDRES SALIENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN IGUAL ADORACION
HERNANDEZ GARCIA LOURDES
CONEJOS LOZANO AURORA
CORTEL VICENTE ANA BENITA
FORNES LOPEZ MARIA TERESA
VICENTE CORTES ROSA
PEREZ LAFUENTE ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SEGUIMIENTO DE INDICADORES DURANTE 2018
DIFUSIÓN DEL PROCEDIMIENTO DONDE SE NOS HA DEMANDADO
DIFUNDIR RESULTADOS EN CONGRESO SEMES Y JORNADAS CIENTÍFICAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- % de pacientes en los que se administra anestésico local previa a la punción arterial > 90%
- El dolor asociado al procedimiento en el 95% de los casos es de 0-3 (leve) en escala EVA.
- Se ha presentado el protocolo en una Sesión de Enfermería en el Hospital San José a cargo de Adoración Esteban y Lourdes Hernández.
- Los resultados del Proyectos se han presentado en un póster en el Congreso Nacional de SEMES y en una comunicación oral en las Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo después de dos años evaluando este Proyecto considera muy positivo el uso de anestésico previo a la punción arterial, no solo en la opinión de los profesionales, sino también como los propios pacientes nos lo transmiten. En este momento consideramos que es una práctica totalmente implantada en nuestro Servicio, no habiéndose presentado ningún efecto adverso con la misma.

7. OBSERVACIONES.
En el Servicio de Urgencias disponemos de las evaluaciones que avalan la realización de dicho Proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/147 ===== ***

Nº de registro: 0147

Título
DISMINUCION DE DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

Autores:
ANDRES SALIENTE AURORA, ESTEBAN IGUAL ADORACION, HERNANDEZ GARCIA LOURDES, CONEJOS LOZANO AURORA, CORTEL VICENTE ANA BENITA, FORNES LOPEZ MARIA TERESA, VICENTE CORTES ROSA, PEREZ LAFUENTE ANA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La punción arterial es una técnica habitual utilizada por los enfermeros de Urgencias, con gran valor en el diagnóstico y seguimiento de la insuficiencia respiratoria. Como técnica cruenta, produce dolor y los pacientes la perciben con rechazo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

En el hospital Obispo en el Polanco en el año 2015 se realizaron 9.196 gasometrías, de las cuales 2.573 fueron gasometrías arteriales. En nuestro Servicio de Urgencias, en el mismo periodo de tiempo se realizaron un total de 6.857 gasometrías de las cuales venosas fueron 5315 y 1542 arteriales, lo que supone el 59,93% del total de las gasometrías arteriales que se llevan a cabo en el hospital.

A pesar de que el uso de anestesia local antes de la punción arterial tiene un nivel de evidencia CATEGORIA IB dentro de la PBE (categorización de los CDC. Centers for Disease Control and Prevención. Atlanta. EEUU) y de que la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) avalan la importancia de su utilización, en la práctica habitual no se utiliza, bien por desconocimiento, bien por creencias erróneas.

El temor y la ansiedad, además del dolor, puede altear los resultados por la hiperventilación asociada.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es la disminución del dolor asociado a la punción arterial utilizando en esta práctica anestesia local previa a la punción, siempre que el algoritmo elaborado en la actualización de este procedimiento no lo contraindique.

Constatar el nivel de conocimiento de los enfermeros en este procedimiento previo a su implantación.

MÉTODO

- Conformar un grupo de trabajo para abordar esta mejora. Realizar una encuesta para objetivar el conocimiento de los enfermeros de urgencias con la practica de administración de anestesia local previa a la GA
- Elaborar un nuevo protocolo de Gasometría Arterial actualizado con las prácticas basadas en la evidencia (PBE) descritas hasta la fecha.
- Difusión de protocolo.
- Formación del personal a cargo de los integrantes del grupo de trabajo.
- Llevar a cabo las modificaciones pertinentes en PCH para su registro adecuado que permita la evaluación de esta práctica y estudios de investigación posteriores
- Elaborar indicadores de evaluación.

INDICADORES

1. Existencia de un protocolo actualizado

2. % de G.A. en las que se utiliza anestesia local

Número de pacientes en los que se administra anestésico local previa punción arterial

Total de pacientes a los que se les realiza una GA

Esperamos conseguir un 80%

3. % de pacientes que manifiestan dolor entre 0-3 en EVA tras punción arterial previa infiltración de anestesia

Número de pacientes que manifiestan dolor entre 0-3 tras punción arterial previa infiltración de anestésico local.

Total de pacientes a los que se les administra anestésico previo a la punción

Esperamos conseguir: 90% - 95%

Se evalúan 15 pacientes / mes consecutivos desde ultimo día hábil hasta conseguir la muestra. (180 pacientes año).

DURACIÓN

Inicio proyecto: septiembre 2016

Resultados definitivos y memoria del proyecto: noviembre 2017

Evaluación de los resultados de la encuesta en relación al conocimiento de esta práctica en las/os enfermeros de urgencias (previo al inicio del proyecto).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:	2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0160

1. TÍTULO

DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE RICARDO LAJUSTICIA MORENO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANDRES SALIENTE AURORA
PASTOR PEREZ MARIA JOSE
HERNANDEZ GOMEZ EVA
DOÑATE GONZALVO ROSANA
GUTIERREZ PEREZ MARIA ANGELES
GALVE BLASCO ROSA
GARCIA REMON LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración del manual de limpieza, desinfección y esterilización de los materiales del Servicio de Urgencias.
Envío por correo electrónico a todos los profesionales.
Se lleva a cabo una sesión de información y formación en relación al tema primer semestre de 2017.
Se elaboran documentos de registro para evaluación.
Se adecuan contenedores para llevar a cabo el proceso de limpieza, desinfección y esterilización.
Se elabora una encuesta que valorar los conocimientos adquiridos tras la puesta en funcionamiento del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El manual esta disponible en formato papel y se ha enviado a todos los profesionales por correo electrónico: SI
2. Realización de una sesión en el Servicio para información y formación de los profesionales: SI. Realizada dentro del calendario de Sesiones del Servicio en el primer semestre de 2017.
3. Se han registrado y firmado todos los cambios de líquido de desinfectante de alto nivel (DAN) que se lleva a cabo los lunes.

4. De los registros se evidencia un incremento de la DAN de materiales semicríticos (50 unidades) en Urgencias, así como queda constancia del procedimiento correcto en todo el material crítico (110 unidades) procesado con DAN.
5. Todos los profesionales TCAES del Servicio manifiestan conocer el manual y la mayoría manifiesta disponer del mismo remitido por correo.
6. Evaluación de conocimientos:
El 93% registra habitualmente los procesos de DAN, el 93% contesta adecuadamente como se realiza el proceso de DAN, el 93% contesta adecuadamente como se lleva a cabo el aclarado tras la DAN del material crítico y 72% para el semicrítico. Aproximadamente el 90% distingue el material crítico y semicrítico.
7. Utilidad del manual
A todas las profesionales les ha resultado útil el manual y ha incrementado sus conocimientos en este proceso, así como saben la importancia del registro para la evaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha incrementado la desinfección de alto nivel (DAN) de materiales de urgencias.
Queda constancia del proceso realizado de todos los materiales procesados.
Se han incrementado considerablemente los conocimientos en los procesos de limpieza, desinfección y esterilización en el Servicio de Urgencias.
Se han unificado criterios a la hora de procesar los materiales.
Se ha conseguido que los profesionales valoren la importancia del registro para evaluar los procesos.
Se presento el proyecto y los resultados obtenidos en las Jornadas Científicas de 2017 del Hospital Obispo Polanco en formato póster.

7. OBSERVACIONES.

La alta rotación de profesionales nos lleva a repetir periódicamente sesiones de formación en estos procesos. Aunque se ha mejorado, consideramos mantener el proyecto activo en 2018 para asentar las buenas prácticas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/160 ===== ***

Nº de registro: 0160

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0160

1. TÍTULO

DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Título
DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
LAJUSTICIA MORENO JOSE RICARDO, ANDRES SALIENTE AURORA, PASTOR PEREZ MARIA JOSE, HERNANDEZ GOMEZ EVA, DOÑATE GONZALVO ROSANA, GUTIERREZ PEREZ MARIA DE LOS ANGELES, GALVE BLASCO ROSA, GARCIA REMON LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

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

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora de los procesos de limpieza, desinfección y esterilización

PROBLEMA
Los procesos de limpieza, desinfección y esterilización son muy importantes a la hora de prevenir la transmisión de infecciones cruzadas hospitalarias. Dadas las características del Servicio de Urgencias, en los que es necesario la utilización de gran cantidad de material de forma urgente, la disponibilidad de nuestra Central de Esterilización, la gran cantidad de pacientes atendidos a lo largo de la jornada, la alta rotación de personal y déficit de conocimiento en algunos aspectos de estos procesos, consideramos abordar el problema con la elaboración de un manual que sirva de guía a la hora de llevar a cabo dichos procesos.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir la variabilidad en los procesos de limpieza, desinfección y esterilización con el fin de contribuir a impedir la transmisión de las infecciones cruzadas hospitalarias, a través de la elaboración y difusión de un manual (formato fichas) que sirva de guía práctica a los profesionales sanitarios de urgencias, que entre sus actividades y tareas desempeñan labores de limpieza, descontaminación, desinfección y esterilización, del material, mobiliario destinado a pacientes, fómites e instrumental médico-quirúrgico.

Asimismo, dadas las características del Servicio de Urgencias y la disponibilidad de la Central de Esterilización de nuestro Hospital, con este manual pretendemos ampliar las posibilidades de la desinfección de alto nivel en las circunstancias en que se pueda hacer uso de ella en materiales semicríticos, en los que por situaciones especiales de gran presión asistencial fuera necesario recurrir a la misma.

Facilitar este procedimiento en los profesionales de nuevo ingreso y la satisfacción general de los profesionales.

MÉTODO

1. Se conforma grupo de trabajo.
2. Se elabora listado de materiales.
3. Se fotografían los materiales
4. Se conforma la estructura del manual:

En la primera parte de manual se recogerán todos los aspectos teóricos que todo el personal que maneja productos y materiales sanitarios deben conocer:

- ¿Qué es un producto sanitario?.
- Simbología del etiquetado productos sanitarios.
- Definiciones referentes a los procesos de esterilización.
- Higiene de manos.
- Descontaminación de superficies y mobiliario clínico.
- Desinfección de aparatos y mobiliario.
- Clasificación de los detergentes.
- Lavado manual. Protecciones.
- Tipos de desinfección.
- Niveles de desinfección.
- Tipos de materiales.
- Desinfectantes de medio/alto nivel desinfectantes de medio/bajo nivel.

En la segunda parte estará compuesta por las fichas de los diferentes materiales, mobiliarios y superficies subsidiarios de limpieza, desinfección o esterilización.

El esquema general será:

- Consideración del material.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0160

1. TÍTULO

DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

- Normas de limpieza, desinfección y esterilización si procede de cada material.
- Desmontaje y montaje si procede.
- Fotografía del material.
- Enlaces youtube si procede.

5. Elaboración.
6. Difusión.
7. Puesta en funcionamiento.
8. Evaluación.

INDICADORES

1. El manual esta disponible en formato papel y enviado en formato electrónico a todos los profesionales del Servicio de Urgencias.
2. Realización de una sesión de información y formación a todos los profesionales implicados.
3. Registro de los cambios del desinfectante de alto nivel.
4. Registro de materiales procesados con desinfectante de alto nivel. Evaluación de la trazabilidad del proceso.
5. Encuesta de utilidad/ satisfacción del personal con el manual.

DURACIÓN

1. Manual elaborado: noviembre 2016 (ya se ha iniciado).
2. Difusión: sesión formativa y envío a todos los profesionales del Servicio en formato PDF. Diciembre 2016
3. Elaboración de registros de evaluación: diciembre 2016.
4. Elaboración de encuesta de satisfacción: enero 2017.
5. Primera evaluación del proyecto: junio 2017
6. Memoria del proyecto: noviembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0178

1. TÍTULO

UNA ESPERA ENTRETENIDA Y DIDACTICA EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO MARTINEZ OVIEDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE
COSCOLLAR ESCARTIN IRENE
LOPEZ MAS CLARA
TELLEZ SERRANO ALBERTO
BENEDICTO TORRES MARIA PILAR
GARCIA GARCIA PILAR
GARCIA CIRUGEDA GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

se colocó un monitor de TV en la sala de espera de urgencias en marzo.
en abril. Se editaron 2 vídeos de unas 2 horas con contenido didáctico sobre urgencias y salud pública, el vídeo pasa en forma de bucle durante el periodo de 9 a 22 h.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

la satisfacción con el proyecto es alta, tanto de los profesionales que lo realizan como del público que lo ha recibido.
Encuestas de satisfacción, el 90% lo encuentra útil y entretenido.
La reclamaciones por demora son ligeramente inferiores a las del año previo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La sala de espera de urgencias es un lugar donde se pasa bastante tiempo, con distintas preocupaciones. Este material les ayuda a llevar mejor la espera, entretenerse y ya de paso aprender algo sobre cuidados en salud.

7. OBSERVACIONES.

el espacio wifi no ha sido posible crearlo por problemas técnicos.
El monitor de la sala de espera en ocasiones está apagado por problemas con mantenimiento del bucle de la película.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/178 ===== ***

Nº de registro: 0178

Título
UNA ESPERA ENTRETENIDA Y DIDACTICA EN URGENCIAS

Autores:
MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE, COSCOLLAR ESCARTIN IRENE, LOPEZ MAS CLARA, TELLEZ SERRANO ALBERTO, BENEDICTO TORRES MARIA PILAR, GARCIA GARCIA MARIA PILAR, GARCIA CIRUGEDA GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

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

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

PROBLEMA

La frecuente saturación de los servicios de urgencias genera una espera, en ocasiones prolongada para ser atendidos o recibir los resultados. Dicha espera con frecuencia genera inquietud, aburrimiento, desesperación y enfado de los usuarios del Servicio de Urgencias, siendo éste uno de los puntos que merma la calidad del servicio prestado por esta Unidad. Además suele existir una desinformación sobre el proceso de atención de urgencias y las normas de la unidad. Otros proyectos de gestión muy importantes van encaminados a disminuir dicha espera. En este proyecto se pretende paliar dicha espera haciéndola más llevadera, entretenida con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0178

1. TÍTULO

UNA ESPERA ENTRETENIDA Y DIDACTICA EN URGENCIAS

contenidos de educación para la salud y paneles explicativos del proceso de atención en Urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la información del proceso de atención en urgencias. Disminuir la ansiedad y el aburrimiento de la espera para ser atendidos. Aumentar la educación sanitaria de los procesos más frecuentes. Como objetivo secundario se espera una disminución de las reclamaciones por espera a ser atendidos, al disminuir la desinformación del proceso de atención y hacer más llevadero el tiempo de espera.

MÉTODO

- a) Se pretenden instalar 2 monitores en el Servicio de Urgencias, uno en la sala de espera de familiares y otro en la sala de Espera de resultados. En dichos monitores se expondrán:
- Diagramas del proceso de atención en Urgencias (proceso de triaje, medicación, atención boxes, radiología, sala observación, ingresos) junto con las normas y recomendaciones de la Unidad más importantes.
 - Educación para la salud: recomendaciones de la Sociedad Española de Urgencias (SEMES) y otras Sociedades, sobre los procesos de salud más importantes mediante vídeos y paneles explicativos.
 - Iniciativas solidarias
- b) Crear una zona wifi 2.0 en el Servicio de Urgencias, que permita el acceso libre a internet en dichas estancias.

INDICADORES

La evaluación se llevará a cabo mediante encuestas de satisfacción a los usuarios. Se valorará también el número de reclamaciones por demora en la asistencia en comparación con años previos como indicador secundario.

DURACIÓN

Durante el último trimestre de 2016 se pondrá en marcha la instalación de los monitores en las salas de espera. Confección del material audiovisual a exponer.

Durante el primer trimestre-segundo de 2017 se crearía el espacio wifi.

Encuestas y evaluación cuarto trimestre 2017.

OBSERVACIONES

La sala de espera de Urgencias es un magnifico escaparate para la información y educación sanitaria, ya que por ella pasan al año miles de usuarios y familiares.

Queda pendiente la adquisición del 2º monitor para la sala de espera de resultados.

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 - 2016/0868

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROYECTO DE INSULINIZACION PARA PACIENTES INGRESADOS

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE JUSTO MANUEL VILLALBA GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS
FATAHI BANDPEY BEHROUZ
RODERO ALVAREZ FERNANDO
VICARIA WITTIG GUSTAVO
SANCHIS YAGO BEATRIZ
VERDES SANZ GUAYENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado sesión clínica en el Servicio de Urgencias.

Se inició la redacción del protocolo (ha quedado, de momento, inconclusa por el cambio de puesto de trabajo de 3 de los integrantes del equipo, incluyendo a la especialista en Endocrinología)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se comentó y se consensó con la dirección del centro que el protocolo habría de incluir e integrar a otros servicios del hospital (especialmente Medicina Interna) para garantizar la continuidad del mismo.
No se ha incluido aún en el acuerdo de gestión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se precisa de la inclusión de otros servicios puesto que la pretensión es que sea un protocolo que se siga en todo el hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/868 ===== ***

Nº de registro: 0868

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE INSULINIZACION PARA PACIENTES INGRESADOS

Autores:
VILLALBA GARCIA JUSTO MANUEL, LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS, FATAHI BANDPEY BEHROUZ, RODERO ALVAREZ FERNANDO, FERNANDEZ MADRUGA RAMON, VICARIA WITTIG GUSTAVO, SANCHIS YAGO BEATRIZ, VERDES SANZ GUAYENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

PROBLEMA
. La diabetes es una enfermedad de elevada prevalencia en nuestro medio y, por sí sola, supone un apreciable incremento en la morbimortalidad, más aún cuando coexiste con otras patologías agudas o crónicas. De forma habitual se atiende en los servicios de urgencia a numerosos pacientes diabéticos, siendo necesario un adecuado control de las cifras de glucemia aún en el caso de no ser este el motivo de su atención. Es frecuente que para el control glucémico se aplique una pauta móvil de insulina, a pesar de que numerosos estudios han demostrado que no es la forma más eficaz ni la mejor.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es la aplicación de nuevas pautas de insulinización (bolo-basal+corrección) con la finalidad de un mejor control glucémico de los pacientes, disminución de la morbimortalidad y de la estancia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0868

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROYECTO DE INSULINIZACION PARA PACIENTES INGRESADOS

hospitalaria. Además, un mejor conocimiento y tratamiento de la diabetes mellitus.

MÉTODO

- a. Conformar un grupo de trabajo para abordar esta mejora. Realización de encuesta para objetivar el conocimiento de médicos, residentes y enfermeros en el servicio de urgencias de las pautas adecuadas de insulinización, así como de la necesidad de un adecuado control glucémico.
- b. Elaboración de un protocolo de insulinización a aplicar en el servicio de urgencias y que pueda tener continuidad durante la hospitalización.
- c. Difusión del protocolo.
- d. Formación del personal a cargo de los integrantes del grupo de trabajo.
- e. Realizar las modificaciones precisas en el PCH para su adecuado registro, evaluación y estudios posteriores.
- f. Elaborar indicadores de evaluación.

INDICADORES

1. Existencia de un protocolo actualizado
2. % de pacientes en el que se utiliza la nueva pauta/total de pacientes diabéticos que ingresa
Esperamos conseguir un 80%
3. % de pacientes que siguen con la misma pauta durante su estancia en planta/del total iniciado en urgencias
Esperamos conseguir 75%
4. Pauta de tratamiento al alta en pacientes que ingresan en planta/de los iniciados en urgencias

Se evaluarán 15 pacientes/mes consecutivos desde el último día hábil hasta conseguir la muestra (100).

DURACIÓN

Inicio proyecto: 10/2016

1.- elaboración del protocolo: 01/2017

2.- difusión del protocolo: 03/2017

Resultados definitivos y memoria del proyecto: 11/2017

Evaluación de los resultados de la encuesta en relación al conocimiento de esta pauta en médicos, residentes y enfermeros en el servicio de urgencias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0063

1. TÍTULO

USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 11/12/2018

2. RESPONSABLE AURORA ANDRES SALIENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ GARCIA LOURDES
BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE
MILLA VICENTE ROSA
VICENTE CORTES ROSA
PEREZ MARTIN MARIA ANGELES
CASTELLOTE ESCRICHE ISABEL
GASCON CONESA MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Tras llevar a cabo un AMFE de los riesgos relacionados con el uso de medicamentos en Urgencias, se definió un mapa de riesgos y posteriormente se elaboró un protocolo de Uso Seguro de Medicamentos y una guía de administración correcta de antibióticos.
-El protocolo se envió por correo electrónico a todos los profesionales y se presentó en una sesión de Servicio. Así mismo está disponible en documento de papel y colgado en la intranet del Servicio en el apartado de Urgencias.
-Se han llevado a cabo medidas de mejoras de iluminación de áreas de administración de medicamentos.
-Se han redistribuidos medicamentos en cajones en box 3 para estar más accesibles.
-Se etiquetaron todos los cajetines de medicamentos.
-Disponemos ya de una impresora para etiquetas para soluciones.
-Se adquirieron etiquetas impresas para etiquetado de jeringas y perfusiones de alto riesgo.
-Se estableció el etiquetaje de fecha de apertura y caducidad de desinfectantes Establecer la colocación de etiquetas con fecha de apertura y caducidad en desinfectantes, gotas, jarabes, pomadas.
-Se estableció la dinámica de evaluación mensual de los indicadores establecidos en el proyecto. Coincidiendo con periodos vacacionales se realizó de forma bimensual (Semana Santa, Verano, Navidad).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

*La situación de partida era la siguiente:

-Nº de inyectables caducados < 10 en la revisión mensual. No alcanzado
-Nº de antibióticos caducados < 7 unidades en la revisión mensual. No alcanzado.
-Nº comprimidos caducados <10 unidades en la revisión mensual. No alcanzado.
- N° de medicamentos de conservación en frío fuera de la nevera <2. No alcanzado.
- N° de envases con letrero no visible desde el frente <6. No alcanzado.
- Antídotos caducados < 2. Cuando la causa no sea de la farmacia central. No alcanzado
- Datos del libro de estupefacientes mal cumplimentados < 4 en una semana. No alcanzado
-Análisis de los errores de medicación notificados e información a los profesionales: En el momento de la evaluación inicial no existía ninguno.
-Perfusiones debidamente etiquetadas >80% mañana del corte. Objetivo alcanzado.
-Jeringas debidamente etiquetadas > 80% mañana del corte. Objetivo alcanzado.

*La evaluación final llevada a cabo la última semana de noviembre ha sido:

-Nº de inyectables caducados < 10 en la revisión mensual. Alcanzado
-Nº de antibióticos caducados < 7 unidades en la revisión mensual. Alcanzado.
-Nº comprimidos caducados <10 unidades en la revisión mensual. No alcanzado (15).
- N° de medicamentos de conservación en frío fuera de la nevera <2. Alcanzado.
- N° de envases con letrero no visible desde el frente <6. Alcanzado (5).
- Antídotos caducados < 2. Cuando la causa no sea de la farmacia central. Alcanzado
- Datos del libro de estupefacientes mal cumplimentados < 4 en una semana. Alcanzado
-Análisis de los errores de medicación notificados e información a los profesionales. Se envía con este informe. Resultado:12 notificaciones de las cuales 5 estuvieron relacionadas con el Uso de Fármacos: errores en la ubicación de fármacos (4), administrar fármaco a paciente no correcto (1), no considerar alergias (1)
-Perfusiones debidamente etiquetadas >80% mañana del corte. Objetivo alcanzado.
-Jeringas debidamente etiquetadas > 80% mañana del corte. Objetivo alcanzado.

Resultados de la encuesta:

Participantes: 18 enfermeras/os (20 plantilla) y 11 TCAES (13 plantilla). Total 29 profesionales.

1. Porcentaje profesionales que conocen el protocolo: 96,55%
2. Pones etiquetas en diluciones: 88,88% de las enfermeras (se excluyen TCAES)
3. Utilizas etiquetas en jeringas: 77,77% de las enfermeras (se excluyen TCAES)
4. Consultado alguna vez protocolo administración antibióticos:79%.(se excluyen TCAES)
5. Pones fecha de apertura y caducidad en tubos de pomada y gotas:72% Sí y 24% a veces.
6. Han colaborado en la evaluación de caducidades: 69% de los profesionales en global.
7. Has recibido las evaluaciones mensuales del Proyecto de Calidad: Si el 96,5% de los profesionales.
8. Sabes sacar etiquetas de fármacos de la impresora: Si el 79% de los profesionales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0063

1. TÍTULO

USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

9. Informas a los profesionales de nuevo ingreso del protocolo: Si el 75% de los profesionales.
10. Has realizado notificación de eventos adversos: En general si, si los hubiera detectado y un 27% dice no haber detectado ninguno.
11. Consideras que el orden y situación general de la farmacia ha mejorado: el 90% considera que si y el 10 que todo sigue igual (siendo estos profesionales todos de la categoría TCAE)
12. Consideras de utilidad disponer de este Protocolo: Si en el 100% de los profesionales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto de mejora ha sido posible gracias a la colaboración de muchos profesionales que han participado en las diferentes etapas del mismo. Es importante que la evaluación de la situación corra a cargo de los profesionales del Servicio para concienciar de su importancia. Aunque se ha mejorado mucho, hay que seguir evaluando mensualmente para garantizar la seguridad y la corrección de las desviaciones a la mayor brevedad en el tiempo.(Caducidades).

Tenemos que seguir notificando los errores detectados para aprender de los mismos.

Estamos satisfechos con los datos de la encuesta ya que la mayoría de los objetivos propuestos se han cumplido y los no alcanzados estamos en el buen camino de conseguirlos.

7. OBSERVACIONES.

Están archivados en el Servicio la documentación de las evaluaciones mensuales y las encuestas realizadas para la presentación de dicha memoria.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/63 ===== ***

Nº de registro: 0063

Título
USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
ANDRES SALIENTE AURORA, HERNANDEZ GRACIA LOURDES, BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE, MILLA VICENTE ROSA, VICENTE CORTES ROSA, PEREZ MARTIN MARIA ANGELES, CASTELLOTE ESCRICHE ISABEL, GASCON CONESA MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Seguridad clínica todos los pacientes de Urgencias
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los problemas relacionados con los medicamentos son una de los eventos adversos prevenibles más frecuentes ligadas a la asistencia en los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH). En el Estudio EVADUR, desarrollado por SEMES, se evidenció que el 12% de los pacientes atendidos en Urgencias tuvieron algún incidente de seguridad. En dicho estudio el 37,6% de los incidentes detectados ocurrieron por algún problema en el manejo de la medicación, provocando un evento adverso en el 66% de las ocasiones.

En nuestro Servicio de Urgencias existe desde hace unos años el buzón para facilitar la notificación anónima de los eventos adversos. Las notificaciones por errores de medicación han sido:

- 2014: 15 relacionados con errores de medicación de los 58 notificados (25,86%)
- 2015: 7 relacionadas de con errores de medicación de los 13 notificados (53,84%)
- 2016: 18 relacionadas con errores de medicación de los 29 notificados (62,06 %).

Por todo ello se llevo a cabo un AMFE del cual se considero necesario la elaboración de un protocolo de Uso seguro de medicamentos en urgencias.

En la evaluación inicial llevada a cabo en enero no se cumplian ninguno de los indicadores planteados para la evaluación de este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir los errores relacionados con el uso de medicamentos.
- Mejorar la formación de los profesionales en el uso y administración de medicamentos (disminuir los riesgos infecciosos, diluciones correctas, uso correctos de las vías de administración, evitar incompatibilidades)
- Incrementar la sensación de seguridad y confianza de los paciente al estar las preparaciones personalizadas.
- Mejora de la gestión económica al vigilar estrechamente las caducidades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0063

1. TÍTULO

USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

-Facilitar el trabajo de los profesionales al mejorar el orden, la forma de colocación, y la mejora de la iluminación.

MÉTODO

1. Llevar a cabo un AMFE de los riesgos relacionados con el uso de medicamentos en Urgencias.
2. Definir el mapa de riesgos.
3. Elaborar un protocolo de uso seguro de medicamentos y una guía de administración correcta de antibióticos.
4. Difundir el protocolo enviándolo por correo electrónico a todos los profesionales. Presentarlo en una sesión.
5. Llevar a cabo medidas de mejoras de iluminación de áreas de administración.
6. Redistribuir medicamentos en cajones en box 3.
7. Etiquetar todos los cajetines de medicamentos.
8. Conseguir impresora para etiquetas
8. Establecer la dinámica de etiquetado de perfusiones y jeringas.
10. Establecer la colocación de etiquetas con fecha de apertura y caducidad en desinfectantes, gotas, jarabes, pomadas..
9. Establecer dinámica de evaluación mensual de los indicadores establecidos.

INDICADORES

- Elaboración de protocolo(I. de estructura)

-Nº de eventos incidentes/eventos adversos relacionados con la medicación. Tasa por nº de urgencias. Pendiente establecer estándar.

- Nº de inyectables caducados < 10 en la revisión mensual
- Nº de antibióticos caducados < 7 unidades en la revisión mensual
- Nº comprimidos caducados <10 unidades en la revisión mensual
- Nº de medicamentos de conservación en frío fuera de la nevera <2
- Nº de envases con letrero no visible desde el frente <6
- Antídotos caducados < 2. Cuando la causa no sea de la farmacia central.
- Datos del libro de estupefacientes mal cumplimentados < 4 en una semana.
- Análisis de los errores de medicación notificados e información a los profesionales.

- Perfusiones debidamente etiquetadas >80% mañana del corte

- Jeringas debidamente etiquetadas > 80% mañana del corte

Al año realizar una encuesta para valorar la utilidad de la guía/protocolo.

DURACIÓN

Inicio del proyecto 2017: AMFE. Solicitud de impresora. Solicitud de etiquetas. Inicio del protocolo.

2018:Enero finalización del protocolo. Envío a los profesionales. Sesión de presentación.

En enero primera evaluación de la situación actual.

Con peirodicidad mensual evaluación de indicadores e información de los resultados de la evaluación a los profesionales.

Diciembre evaluación de indicadores mensuales y de indicadores de corte anual y encuesta a los profesionales. Memoria provisional.

2019: Seguimiento mensual de indicadores. Correcciones necesarias. Indicadores anuales. Memoria definitiva

OBSERVACIONES

Pendiente establecer estándar. -Nº de eventos incidentes/eventos adversos relacionados con la medicación. Tasa por nº de urgencias.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0469

1. TÍTULO

AHORRO DE SANGRE MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL USO DEL HIERRO ENDOVENOSO EN LAS ANEMIAS FERROPENICAS EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE CLARA LOPEZ MAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN FUENTES FRANCISCO JOSE
ROS TRISTAN CARMEN MARIA
VICENTE CORTES ROSA
HERNANDEZ GARCIA LOURDES
SANCHIS YAGO BEATRIZ
MUÑOZ MENDOZA VANESA
IANNUZZELLI BARROSO CARLA GRACIELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un protocolo para la administración de hierro intravenosos, con las indicaciones, contraindicaciones y forma de administración. Se colgó en la intranet.

Se difundió dicho protocolo a través de :

- Sesión dentro del Servicio de urgencias.
- Se remitió el mismo a los jefes de unidad de los servicios de Cirugía, Trauma, MI,, anestesia.
- Se realizó una sesión conjunta con Atención Primaria en el C. Salud Ensanche para mostrarles dicho protocolo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Comparando el uso del hierro intravenoso en dos años consecutivos, poniendo como punto de inflexión entre ellos la realización del protocolo de uso del hierro intravenoso en el servicio de urgencias, podemos destacar que el uso de este fármaco dentro de sus indicaciones se ha prácticamente duplicado, tratándose de esta forma al 60% de los pacientes en 2018 frente al 36.1% de 2017. De igual modo, el porcentaje de pacientes con indicación de uso de hierro intravenoso no tratados con el mismo ha disminuido notablemente, siendo sólo el 26.9% en 2018 frente al 43.5% de 2017.

El 100% de los pacientes tratados con hierro intravenoso cumplían los criterios necesarios para instaurar este tratamiento, por lo que en ningún caso se realizó un uso inadecuado del mismo.

En relación al ahorro de sangre:

En 2016 se transfundieron en total (anemias de cualquier etiología) 333 concentrados de hematies y una vez implantado el protocolo en 2018 se transfundieron 250 concentrados (un 26% menos)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de este protocolo ha cumplido su objetivo de racionalizar el uso de hemoderivados en las anemias ferropénicas, disminuyendo la variabilidad clínica en la utilización del hierro parenteral, estandarizando el procedimiento y reduciendo los costes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/469 ===== ***

Nº de registro: 0469

Título

AHORRO DE SANGRE MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL USO DEL HIERRO ENDOVENOSO EN LAS ANEMIAS FERROPENICAS EN URGENCIAS

Autores:

LOPEZ MAS CLARA, ESTEBAN FUENTES FRANCISCO JOSE, ROS TRISTAN CARMEN MARIA, VICENTE CORTES ROSA, HERNANDEZ GARCIA LOURDES, SANCHIS YAGO BEATRIZ, MUÑOZ MENDOZA VANESA, IANNUZZELLI BARROSO CARLA GRACIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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: Anemias

Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento

Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0469

1. TÍTULO

AHORRO DE SANGRE MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL USO DEL HIERRO ENDOVENOSO EN LAS ANEMIAS FERROPENICAS EN URGENCIAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según los datos de numerosos países y atendiendo a las definiciones de anemia de la OMS, se estima que la prevalencia global de la anemia es del 33%. Los Servicios de Urgencias son un área donde es frecuente encontrar pacientes anémicos o ferropénicos, de los cuales el 20-30% presenta una anemia moderada-severa. Actualmente según la evidencia científica se prefieren las políticas restrictivas de transfusión de hemoderivados. Los concentrados de hematies son un recurso escaso, además los riesgos infecciosos e inmunes derivados de su administración deben ser tenidos en cuenta, sobre todo en los pacientes que pueden ser tratados con otras alternativas.

RESULTADOS ESPERADOS

En estos pacientes, la incorporación del tratamiento con hierro intravenoso conllevaría una recuperación más rápida de los síntomas de anemia lo que supondrá:

- Principalmente una menor utilización de transfusión de hematies.
- Menor número de visitas a los Servicios de Urgencias y menores estancias en los mismos. Reduce el tiempo de enfermería por su rápida administración en comparación con la transfusión. Además presenta mayor seguridad de administración que los hemoderivados.
- Menores estancias hospitalarias.
- Reducción de los costes.

MÉTODO

1. Elaboración de un protocolo para la administración de hierro parenteral.
2. difusión del mismo a otras Unidades del Hospital para que puedan ser derivados a nuestro Servicio si se precisa.
3. Charla informativa a Atención Primaria sobre esta alternativa terapéutica en casos en los que el hierro oral es mal tolerado.

INDICADORES

El registro de los casos se hará en PCH, codificando los mismos como anemia ferropénica (código CIE-9 280.9). La revisión de los casos será anual, valorando parámetros como:

- indicación correcta >90%
- cuantificación del ahorro de sangre. numero de concentrados de hematies/pacientes con anemia en urgencias.
- Comparación con año previo. Disminución de c. hematies en al menos un 25%

DURACIÓN

Elaboración revisión protocolo (enero-febrero 2018)
Charlas Atención Primaria (marzo 2018)
Difusión resto de Servicios Hospitalarios (abril 2018)
Análisis de resultados (diciembre 2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0502

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ANTONIO MARTINEZ OVIEDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE
MARTINEZ BURGUI JESUS ANGEL
COSCOLLAR ESCARTIN IRENE
LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS
VILLALBA GARCIA JUSTO MANUEL
RODERO ALVAREZ FERNANDO
BURGUES DALMAU INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2018 se realizó una búsqueda bibliografica sobre protocolos de actuación similares en otras comunidades, así como de abordaje de las situaciones de violencia intralaboral. Se ha redactado un protocolo de actuación en urgencias, pendiente de la ultima revisión y colgar en la intranet. Durante este año ha sido difícil contactar con los reponsable de la Policia Nacional para abordar este tema, ya que su formación ha sido tambien durante este año. El timbre de panico, los talleres de autodefensa y de abordaje psicológico del agresor no se han podido llevar a cabo por falta de financiación. Esperamos poder conseguirla para este año 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante este año se ha realizado una especial sensibilización a los trabajadores para notificar las situaciones de violencia en el trabajo. Se han mostrado las herramientas ya existentes. En este año se han notificado 3 agresiones a profesionales por un mismo paciente en diferentes visitas del año, descubiertas al ponerlas en comun y hablar del tema. Una agresión grupal, intimidación con violencia verbal. Se puso en conocimiento del Jefe de Servicio que realizó la comunicación oportuna a la dirección Medica y Riesgos laborales, mandando una carta de repulsa a los agresores y una carta de apoyo al personal sanitario manteniendo sendas entrevistas con ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las notificaciones de las agresiones desde la puesta en marcha de este proyecto han aumentado en mas de un 80%. La satisfacción de los profesionales con el apoyo recibido ha sido muy importante. Es necesario enseñar las herramientas prácticas para mitigar los episodios de violencia.

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto está todavía inacabado, por los motivos que expresado anteriormente. La formación del responsable de la Policia ha sido en el ultimo semestre del año, la falta de financiación dificulta la puesta en marcha de los talleres prácticos y la compra de material para llevarlo a cabo. Esperamos terminarlo en el primer semestre de 2019

*** ===== Resumen del proyecto 2018/502 ===== ***

Nº de registro: 0502

Título
PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN URGENCIAS

Autores:
MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE, MARTINEZ BURGUI JESUS ANGEL, COSCOLLAR ESCARTIN IRENE, LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS, VILLALBA GARCIA JUSTO MANUEL, RODERO ALVAREZ FERNANDO, BURGUES DALMAU INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: violencia física o verbal.
Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0502

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN URGENCIAS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Diferentes estudios internacionales muestran la alta prevalencia de las agresiones que sufren los profesionales de la salud. en los centros hospitalarios se ha encontrado que el 57% de los profesionales sanitarios han recibido alguna agresión en el último año, ya sea verbal (el 50% de los profesionales) o Física (el 25%). En relación a los Servicios Hospitalarios, es el Servicio de Urgencias donde se dan más del 50% de las agresiones. La violencia es causada a los trabajadores sanitarios por compañeros, pacientes y familiares de estos. Todas las categorías de profesionales sanitarios están expuestos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Elaborar una pauta de actuación que permita en primer lugar detectar y evaluar las situaciones de riesgo. 2. Manejo del agresor con procedimientos psicológicos y Físicos de autodefensa. 3. Mejorar la respuesta del resto del Personal ante una agresión que se está produciendo. 4. Poner a disposición del trabajador agredido los sistemas de notificación interna y la información para denunciar los hechos. 5. establecer un sistema de apoyo a las víctimas.

MÉTODO

1. Elaboración de un protocolo que permita identificar las zonas y profesionales de riesgo en Urgencias y permita coordinar la respuesta a dichas agresiones. Difundir la tolerancia cero del Servicio de Urgencias a las agresiones.
2. Reunión con responsables de la Policia Nacional para abordar este tema. Charlas informativas a los profesionales.
3. Taller de autodefensa personal.
4. Taller de abordaje psicológico del agresor y de las situaciones de violencia.
5. Simulación clínica para difundir la aplicación del protocolo.

INDICADORES

-Protocolo redactado y colgado en la intranet.
-Numero de agresiones detectadas/ notificaciones realizadas al responsable superior.
-Disminución del Numero de agresiones en relación con el estándar de la literatura en el Servicio de urgencias x año (58% de los profesionales).
-Encuesta de satisfacción del profesional >80%

DURACIÓN

abril-junio: contacto con los responsables de la Policía Nacional. Búsqueda bibliográfica.
septiembre-octubre: elaboración de un protocolo de la Unidad sobre violencia al profesional Sanitario.
Noviembre: talleres de defensa personal y abordaje psicológico.
diciembre: simulación clínica y difusión del protocolo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **