

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

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

Número de memorias: 72 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	TABUENCA FERRER JESUS LUIS	2016_1196	F	14/02/2018	MEJORA DE LOS INDICADORES DE "USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO" RELACIONADOS CON LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS: MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y CON ELEVADO RIESGO ANTICOLINERGICO
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	JUSTE SERAL MARIA DEL MAR	2016_1197	F	14/02/2018	MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA DE RETINOGRAFIAS EN LOS DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	COMPES DEA MARTA	2016_1198	S1	18/01/2018	FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y APOYO A LA CRIANZA PARA MADRES Y PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS EN EL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ARIZA	HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION	2016_1220	S1	20/02/2018	MEJORA DEL PERFIL DE PRESCRIPCION DE ESTATINAS
CA	AP	CS ARIZA	NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA	2016_1456	S1	22/02/2018	DETECCION Y REGISTRO ADECUADO DEL RIESGO DE ULCERACION EN PACIENTES DEPENDIENTES E INMOVILIZADOS QUE PERTENECEN AL CENTRO DE SALUD DE ARIZA
CA	AP	CS ATECA	BLANQUEZ PUEYO MERCEDES	2016_1226	F	26/01/2018	CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL FUNGIBLE EN LA SALA DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD Y EN LOS BOTIQUINES DE CONSULTORIOS LOCALES
CA	AP	CS ATECA	REMIRO SERRANO FATIMA	2016_1227	S1	18/01/2018	INTERVENCION SOBRE EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA
CA	AP	CS ATECA	REMIRO SERRANO FATIMA	2016_1227	F	27/02/2019	MEJORA DEL INFRADIAGNOSTICO DE LA ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN LA ZBS ATECA
CA	AP	CS ATECA	DE LORA NOVILLO PABLO	2016_1229	F	13/02/2018	CREACION DE UNA WEBLOG INFORMATIVA DEL CENTRO DE SALUD ATECA
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PIQUERAS LORIENTE SUSANA	2016_0608	F	16/02/2018	IMPLANTACION DEL USO DE RESERVORIO SUBCUTANEO EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	CHARLEZ MILLAN CARMEN	2016_0657	F	16/02/2018	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	LOPEZ GABAS MARIA LUISA	2016_0825	F	16/02/2018	FORMACION EN PREVENCION DE CONDUCTAS DE RIESGO PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. TRANSORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, VIOLENCIA DE GENERO Y CONSUMO DE DROGAS
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	GARCIA TENORIO ANDRES	2016_1165	F	16/02/2018	MEJORA DEL REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	TORCAL CASADO MARIA ROSARIO	2016_1166	F	15/02/2018	MEJORA EN LOS PACIENTES, DIAGNOSTICADOS DE EPOC, EL REGISTRO ENFERMERO: LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PONCE LAZARO MARIA JOSE	2016_1167	S1	16/02/2018	TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA PROFESORES Y ALUMNOS DE LOS CENTROS DOCENTES DE CALATAYUD. (ALUMNOS DE 6º DE PRIMARIA)
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PEREZ TORNOS MARIA CARMEN	2016_1739	F	20/02/2018	EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A POBLACION PEDIATRICA EN LOS COLEGIOS
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	PARRILLA GIL MARIA JOSE	2016_0815	F	16/02/2018	FORMACION EN ENFERMEDADES CRONICAS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	BERNAD HERNANDO SONIA	2016_1230	F	09/01/2018	DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14-18 AÑOS ABCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN	2016_1234	F	12/01/2018	PROCEDIMIENTO DE REVISION DEL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CS CALATAYUD SUR
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION	2016_1235	F	09/01/2018	GESTIONAR DE FORMA EFICIENTE EL MATERIAL DE AUTOANALISIS DE LOS PACIENTES DIABETICOS DE ACUERDO CON SUS NECESIDADES Y EVIDENCIA CIENTIFICA
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA	2016_1245	F	17/01/2018	IMPLANTACION UTILIZACION MAPA EN EL C.S. CALATAYUD SUR
CA	AP	CS DAROCA	CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL	2016_0821	F	20/02/2018	PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD EN DAROCA
CA	AP	CS DAROCA	SIMON APARICIO MARIA PAZ	2016_0821	F	14/02/2019	ESTRATEGIA DE PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN EDAD INFANTIL Y ADOLESCENCIA (COLEGIO E INSTITUTO DAROCA)
CA	AP	CS DAROCA	BES FRANCO ANGEL	2016_1151	F	20/02/2018	PACIENTES DIABETICOS EN LOS QUE SE HA REVISADO LA HBA1C EN LOS ULTIMOS 6 MESES

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

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

Número de memorias: 72 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	AP	CS DAROCA	GARCIA TEJEDOR ANTONIO	2016_1152	F	20/02/2018	PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC Y REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN EL ULTIMO AÑO ()
CA	AP	CS DAROCA	LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA	2016_1153	F	20/02/2018	PACIENTES INCLUIDOS EN PAECD CON VALORACION DEL RIESGO DE ULCERACION EN EL ULTIMO AÑO
CA	AP	CS ILLUECA	MELUS ROJAS ROCIO	2016_1222	S1	30/01/2018	IMPLANTACION DE ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	MELUS ROJAS ROCIO	2016_1222	F	08/03/2019	IMPLANTACION DE ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	BENITO LOPEZ ANA MILAGROS	2016_1232	S1	09/02/2018	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	MURO CULEBRAS MARIA	2016_1232	S2	14/02/2019	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	MURO CULEBRAS MARIA	2016_1232	F	05/03/2019	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	LATORRE RUIZ CRISTINA	2016_1233	S1	13/02/2018	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA
CA	AP	CS ILLUECA	LATORRE RUIZ CRISTINA	2016_1233	F	14/03/2019	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA
CA	AP	CS MORATA DE JALON	CEBOLLA POLA MARCOS	2016_0065	F	09/02/2018	MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA
CA	AP	CS MORATA DE JALON	GONZALVO SANCHEZ PASCUAL	2016_1218	S1	05/02/2018	NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS
CA	AP	CS MORATA DE JALON	MARTI GUILLEN LOURDES	2016_1256	F	10/02/2018	REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS POR ENFERMERIA
CA	AP	CS MORATA DE JALON	GISTAS QUILEZ MARIA PILAR	2016_1374	S1	22/01/2018	MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON
CA	AP	CS MORATA DE JALON	VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN	2016_1374	S2	14/03/2019	MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE II) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES, C.S. MORATA DE JALON
CA	AP	CS MORATA DE JALON	LACORT BELTRAN EVA	2016_1375	S1	14/03/2019	CAPACITACION EN R.C.P. BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DE LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON. PARTE II
CA	AP	CS MORATA DE JALON	VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN	2016_1375	S1	22/01/2018	CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADORSEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON
CA	AP	CS SABIÑAN	HUERTAS BADOS LUISA	2016_0152	F	17/01/2018	PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑAN
CA	AP	CS SABIÑAN	VICIOSO ELIPE LOURDES	2016_1156	S1	17/01/2018	MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGOANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS
CA	AP	CS SABIÑAN	VICIOSO ELIPE LOURDES	2016_1156	F	09/01/2019	MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS
CA	AP	CS SABIÑAN	BLAS GABARDA JESUS	2016_1157	F	17/01/2018	MEJORA DE LA COBERTURA DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL CONTRATO PROGRAMA RELACIONADOS CON LOSPROGRAMAS RELACIONADOS CON PACIENTES DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS
CA	AP	CS SABIÑAN	MERINO LABORDA JOAQUIN	2016_1158	F	17/01/2018	MEJORA EN LA DETECCION Y ATENCION DE PACIENTES CON EPOC
CA	AP	CS SABIÑAN	JASO GRAU DOLORES	2016_1159	S1	17/01/2018	FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN
CA	AP	CS SABIÑAN	JASO GRAU DOLORES	2016_1159	F	28/01/2019	FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	ARANDA GRACIA MARIA JESUS	2016_1265	F	11/02/2018	REGISTRO DE INTERVENCION POR LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS EN OMI-AP EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2017
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	ABELLO GIRALDEZ EDUARDO	2016_1266	F	11/02/2018	REGISTRO EN OMI-AP DE PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS DE LA

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

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

Número de memorias: 72 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector CALATAYUD							
Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA A QUIENES SE HA PREGUNTADO POR CONSUMO DE TABACO EN EL AÑO 2017
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2016_1101	S1	29/01/2018	DERMATOSCOPIA EN AP
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2016_1101	F	06/02/2019	DERMATOSCOPIA EN AP
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2016_1101	F	29/01/2020	TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD
CA	AP	DAP CALATAYUD	BUENO PASCUAL MARGARITA	2016_1105	F	15/02/2018	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PIE DIABETICO (2016_1105)
CA	AP	DAP CALATAYUD DIRECCION	CODES GOMEZ JOSE	2016_1102	F	05/02/2018	IMPLANTACION DEL MANUAL DE LOS PROCESOS DE INTERCONSULTA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANALISIS CLINICOS	ESTEVE ALCALDE PATRICIA	2016_0712	S1	09/01/2018	MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANESTESIA Y REANIMACION	MOLODEZKY HORTT MAURICIO	2016_0279	S1	17/01/2018	ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO DEL ACTO ANESTESICO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH BIOQUIMICA	GONZALEZ TARANCON RICARDO	2016_0721	F	09/01/2018	MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH BLOQUE QUIRURGICO	JIMENEZ IHUAR BEN CARMEN	2016_0389	F	25/01/2018	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS PRE, INTRA Y POAOPERATORIO EN CIRUGIA PROGRAMADA Y DE URGENCIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CARDIOLOGIA	ALAMEDA SERRANO JAVIER	2016_1131	F	17/01/2018	MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON DOLOR TORACICO SOSPECHOSO DE ISQUEMICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PALACIO BARRABES JESSICA	2016_0988	S1	22/02/2018	CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO	2016_0100	F	16/01/2018	CONTROL DEL PESO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DEL HOSPITAL DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO	VALLEJO GUERRERO ASCENSION	2016_0104	F	08/02/2018	ELABORACION, IMPLANTACION Y DIFUSION DE UN PROCEDIMIENTO Y MANUAL DE BOLSILLO SOBRE USO Y MANEJO DEL RESERVORIO CUTANEO EN EL PACIENTE ONCOLOGICO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH NEUROLOGIA	PALACIN LARROY MARTA	2016_0305	F	29/12/2017	PROMOCION Y EDUCACION PARA MEJORAR LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DISFAGIA E ICTUS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UCI	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2016_0302	S1	11/01/2018	ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2016_0302	S2	06/02/2019	ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2016_0302	F	24/01/2020	ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	GONZALEZ ARIZA BENJAMIN	2016_0120	F	24/01/2018	IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST DE ENFERMERIA PARA LOS INGRESOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	MUÑOZ JACOBO SERGIO	2016_0956	S1	16/01/2018	MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	MUÑOZ JACOBO SERGIO	2016_0956	F	06/02/2019	MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	MONTESA LOU CRISTINA	2016_1041	F	25/01/2018	INSTAURACION DE PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	CATALAN LADRON MARIA LUISA	2016_1132	F	24/01/2018	MEJORA DEL PROCESO INGRESO EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UROLOGIA	MARTINEZ DELGADO ROBERTO	2016_1067	F	20/01/2018	PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VEJIGA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1196

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS INDICADORES DE "USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO" RELACIONADOS CON LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS: MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y CON ELEVADO RIESGO ANTICOLINERGICO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE JESUS LUIS TABUENCA FERRER
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS ALHAMA DE ARAGON
• Localidad ALHAMA DE ARAGON
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUSTE SERAL MARIA DEL MAR
ABAD TUDELA CORO
SORIANO BANZO FERNANDO
RODRIGUEZ MUELA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La organización del proyecto comenzó a mediados del mes de febrero, cuando se puso en marcha la idea de participar en un proyecto sobre el "uso racional del medicamento" sugerido por la dirección de Atención Primaria del Sector, formando parte del contrato programa del año 2017.

Se realizó una primera sesión formativa el 6 de marzo de 2.017 a cargo del responsable del proyecto con los médicos de atención primaria del Centro de Salud de Alhama de Aragón y se repasaron los indicadores en esa fecha, así como los fármacos implicados en cada caso que era necesario disminuir.

En dicha reunión se recomendó que cada médico realizara la revisión oportunista en consulta a demanda de la historia farmacoterapéutica (HFT) de los individuos incluidos en la población diana que acuden a consulta por cualquier motivo, identificación de MPI y MERA y valoración de su retirada, justificando la acción al paciente. Esta intervención sería necesario desarrollar durante todo el año 2017.

También se acordó la identificación durante todo el año 2017, fuera de consulta, utilizando el "Cuadro de Mandos del Uso Racional de Medicamento", y con periodicidad mensual de al menos un 10% de los pacientes que hasta ese momento incumplieran los objetivos planteados. Se debería valorar la existencia de MPI y MERA y se registraría este hecho en FLASH de OMI, y a través de una consulta de demanda no presencial se contactaría con el paciente para explicar el hecho y en caso de ser necesario citarlo para una demanda presencial y entregarle la nueva hoja de la HFT e informar de los motivos.

El 25 de octubre de 2.017 se realizó una reunión de seguimiento y evaluación de los indicadores.

Finalmente, el 22 de enero de 2.018 se realizó una reunión final en la que se presentaron los resultados finales de diciembre de 2017 de ambos indicadores.

No fueron necesarios más recursos que los ya existentes en el CS de Alhama de Aragón y en los consultorios de las localidades atendidas en nuestra ZBS:

- Equipos informáticos de cada consultorio
- Teléfonos de cada consultorio
- Proyector del CS de Alhama de Aragón

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados en diciembre de 2.017, según el cuadro de mandos de URM, son los siguientes:

CIAS	MPI	NERA
1004020101C	12,21	16,03
1004020103E	6,30	11,81
1004020105R	8,57	10,00
1004020106W	8,54	6,10
1004020107A	2,63	7,89
1004020109M	12,82	5,13

EAP Alhama de Aragón 8,83 10,88

En cuanto a los medicamentos potencialmente inapropiados (MPI), se ha conseguido el objetivo propuesto en la reducción general en el EAP, del 12,30% obtenido en 2.016 al 8,83% en 2.017, por debajo del objetivo propuesto del 12%.

Además, el EAP ha conseguido resultados por debajo obtenidos tanto en el Sector Calatayud (13,19%) como en el total de Aragón (12,95%).

INDICADOR Medicamentos inapropiados

GRAFICO

En el gráfico superior se aprecia el esfuerzo del EAP desde marzo de 2.017 en la reducción de este indicador.

Además, todos los CIAS individualmente han conseguido el objetivo propuesto de acabar 2.017 por debajo del estándar del 14,21%. Sin embargo, dos de los CIAS no han conseguido el objetivo general del EAP del 12%. Los fármacos implicados más habitualmente han sido el ácido acetilsalicílico a dosis de 300 mg., la domperidona, y el escitalopram a dosis de 15 ó 20.

En cuanto a los medicamentos con elevado riesgo anticolinérgico (NERA), se ha conseguido el objetivo general propuesto en la reducción general en el EAP, del 12,11% obtenido en 2.016 al 10,88% en 2.017, pero no se ha conseguido llegar al objetivo propuesto por debajo del 10%.

El EAP sí que ha conseguido resultados por debajo del Sector Calatayud (12,55%) como en el total de Aragón (12,32%).

INDICADOR Medicamentos con riesgo Anticolinérgico

GRAFICO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1196

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS INDICADORES DE "USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO" RELACIONADOS CON LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS: MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y CON ELEVADO RIESGO ANTICOLINERGICO

El gráfico demuestra también el esfuerzo realizado en el EAP, pero nunca se ha conseguido reducir el indicador por debajo del 10,2%.

Además, cinco CIAS han conseguido acabar 2.017 por debajo del objetivo estándar del 12,33%. Cuatro CIAS también han conseguido acabar por debajo del 10% propuesto en este proyecto.

Al estudiar la desviación de los dos CIAS que no cumplieron objetivos, se ha comprobado que el fármaco más implicado ha sido la quetiapina, que actualmente se utiliza cada día más para las alteraciones cognitivas y del sueño en los ancianos, así como la paroxetina y la solifenacina, fármacos generalmente indicados por la atención especializada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cualquier actividad de uso racional del medicamento que no implique a la atención especializada es un fracaso. Se responsabiliza históricamente a la atención primaria de salud del gasto farmacéutico o del uso irracional del medicamento, y desde este nivel asistencial se pueden corregir bastantes desviaciones, pero con gran esfuerzo y coste personal, y solamente tras haber conseguido una autoridad sobre una población concreta y sobre cada paciente individualmente.

Produce perplejidad que en una memoria de evaluación de un proyecto de calidad no puedan adjuntarse tablas ni gráficos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1196 ===== ***

Nº de registro: 1196

Título
MEJORA DE LOS INDICADORES DE "USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO" RELACIONADOS CON LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS: MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y CON ELEVADO RIESGO ANTICOLINERGICO

Autores:
TABUENCA FERRER JESUS LUIS, JUSTE SERAL MARIA DEL MAR, ABAD TUDELA CORO, SORIANO BANZO FERNANDO, FERNANDEZ MOROS RAUL W, RODRIGUEZ MUELA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías asociadas a los MPI y MERA
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La ZBS de Alhama de Aragón, según los datos presentados por la Dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud (DAPSC) el 1/2/2017, atiende a una población de 3.084 personas, de las cuales 551 tienen más de 75 años, lo que supone el 17,9% de la población.

Entre los objetivos estratégicos del Acuerdo de Gestión de 2017 (AG2017) se incluyen algunos relativos al "uso racional del medicamento" (URM), y dos que afectan específicamente al grupo de edad de mayores de 75 años: la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) y la prescripción de medicamentos de elevado riesgo anticolinérgico (MERA).

Los resultados obtenidos por el EAP de Alhama de Aragón en 2016 son:

- MPI: 12,3% (estándar <14,21%, óptimo 10%)
- MERA: 12,11% (estándar <12,33%, óptimo 7%)

A pesar de estar cumpliendo ambos indicadores, los datos se encuentran alejados del óptimo, y además existe acusada diferencia entre los diferentes CIAS, existiendo algunos alejados del estándar.

Los médicos de este EAP consideran que deben mejorarse a nivel individual y colectivo estos indicadores, que además de afectar a un importante segmento de la población atendida, forman parte de los objetivos estratégicos del Sector Calatayud presentados en el AG2017.

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1196

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS INDICADORES DE "USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO" RELACIONADOS CON LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS: MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y CON ELEVADO RIESGO ANTICOLINERGICO

1. Conseguir que todos los CIAS de nuestro EAP cumplan el estándar mínimo de ambos indicadores
 2. Conseguir rebajar el indicador MPI del EAP de 12% y el indicador MERA de 10%
- Población diana: personas de la ZBS de Alhama de Aragón mayores de 75 años.
Intervenciones: revisión y valoración de los fármacos prescritos a cada paciente y eliminación, si es posible, de los fármacos implicados.

MÉTODO

1. Sesión formativa a cargo del responsable de URM, dirigida a los MAP y MAC de nuestro EAP, en el momento de implantación del proyecto, para repasar los MPI y MERA y dosis implicados, según el propio AG2017.
2. Revisión oportunista en consulta a demanda de la historia farmacoterapéutica (HFT) de los individuos incluidos en la población diana que acuden a consulta por cualquier motivo, identificación de MPI y MERA y valoración de su retirada, justificando la acción al paciente, a desarrollar durante todo el año 2017.
3. Identificación durante todo el año 2017, fuera de consulta, utilizando el Cuadro de Mandos del Uso Racional de Medicamento, y con periodicidad mensual de al menos un 10% de los pacientes que hasta ese momento incumplan los objetivos planteados. Se valorará la existencia de MPI y MERA y se registrará este hecho en FLASH de OMI, y a través de una consulta de demanda no presencial se contactará con el paciente para explicar el hecho y en caso de ser necesario citarlo para una demanda presencial y entregarle la nueva hoja de la HFT e informar de los motivos.
4. Reunión de los MAP y MAC del EAP para seguimiento y evaluación de los indicadores cuando se considere oportuno, y al menos tras la presentación por parte de la DAPSC de los datos del primer y segundo cuatrimestre.
5. Reunión de seguimiento y evaluación de objetivos en los primeros días del mes de noviembre con la finalidad de fijar el esfuerzo personal en cada CIAS para cumplir los objetivos propuestos.
6. Reunión de evaluación final cuando se conozcan los resultados finales de 2017 de ambos indicadores.

INDICADORES

Fuente de datos:

1. Cuadro de Mandos del Uso Racional del Medicamento de EAP.
2. Cuadro de Mandos del Uso Racional del Medicamento de CIAS.

Indicadores y estándar:

1. Indicador MPI del EAP: % pacientes >75 años del EAP a los que se les ha revisado la MPI en el último año. Objetivo tendente a 0%, límite superior 14,21%, objetivo mínimo 12%.
2. Indicador MERA del EAP: % pacientes >75 años del EAP a los que se les ha revisado la MERA en el último año. Objetivo: tendente a 0%, límite superior 12,33%, objetivo mínimo 10%.
3. Indicador MPI de cada CIAS: % pacientes >75 años según CIAS a los que se les ha revisado la MPI en el último año. Objetivo: tendente a 0%, límite superior 14,21%, objetivo mínimo 12%.
4. Indicador MERA de cada CIAS: % pacientes >75 años según CIAS a los que se les ha revisado la MERA en el último año. Objetivo tendente a 0%, límite superior 12,33%, objetivo mínimo 10%.

DURACIÓN

Desde abril a diciembre de 2017, con el calendario expresado en el punto 6.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1197

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA DE RETINOGRAFIAS EN LOS DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR JUSTE SERAL
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro CS ALHAMA DE ARAGON
 · Localidad ALHAMA DE ARAGON
 · Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 · Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DE LA OSA FONDON JUAN JOSE
 PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR
 PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA
 COMPE DEA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La organización del proyecto comenzó a mediados del mes de febrero, cuando se puso en marcha la idea de participar en un proyecto sobre el objetivo estratégico "DIABETES", y trabajar específicamente el indicador de la cobertura de retinografías, sugerido por la dirección de Atención Primaria del Sector, formando parte del contrato programa del año 2017.

Se realizó una primera sesión formativa el 13 de marzo de 2.017 a cargo de la responsable del proyecto con el personal médico y de enfermería del Centro de Salud de Alhama de Aragón y se explicó cómo realizar el proyecto y cómo solicitar las retinografías a través de la Intranet. Se propuso la revisión sistemática en las consultas programadas del paciente diabético del registro de realización de una retinografía en los últimos 3 años y propuesta de realización si procediera en el CS de Calatayud. También se propuso la revisión oportunista en consulta a demanda de los individuos incluidos en la población diana que acuden a consulta por cualquier motivo, revisión de última retinografía y propuesta de realización si procediera en el CS de Calatayud.

El 18 de septiembre se informó al EAP que la DAP iba a cambiar el sistema de realización de retinografías, que ya no se debían citar a través del sistema habitual, y que nuestro EAP iba a ser el centro piloto del nuevo sistema. Este nuevo sistema implicaba la realización por parte de la DAP de un listado de pacientes pendientes de retinografía que se citarían en el CS de Calatayud a través de la Unidad de Admisión del CS de Alhama, y que los resultados se colgarían en la Historia Clínica Electrónica del paciente, se informarían por carta al paciente, y el resultado se incluiría en los Planes Personales de OMI de cada paciente.

El nuevo programa se esperaba que se pusiera en marcha en octubre de 2.017. Sin embargo, no lo ha hecho hasta enero de 2.018.

Por este motivo, ya no se realizaron más actividades relacionadas con el proyecto desde septiembre de 2.017. El 22 de enero de 2.018 se informa por parte de la responsable del proyecto del resultado final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados en diciembre de 2.017, según el cuadro de mandos de diabetes, son los siguientes:

CIAS	% retinografías realizadas hace...			
	< de 24 meses	> 24 y < 36 meses	< 36 meses	> 36 meses
1004020101C	43,64	30,91	74,55	
25,45				
1004020103E	63,89	16,67	80,56	
19,44				
1004020105R	20	26,67	46,67	
53,33				
1004020106W	55,56	13,89	69,45	
30,56				
1004020107A	69,23	7,69	76,92	
23,08				
1004020109M	65,00	0	65,00	
35,00				
EAP Alhama de Aragón	52,57	18,86	71,43	
28,57				

Como resultado final, un 71,43% de la población diana diabética de la ZBS de Alhama de Aragón tiene registrada la realización de una retinografía en los últimos 36 meses, superando el objetivo propuesto del 60%, a pesar de que el proyecto debió suspenderse en septiembre de 2.017.

Por CIAS, cinco de los 6 también han conseguido el objetivo individual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo con objetivos concretos definidos ayuda a la consecución de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1197

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1197

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA DE RETINOGRAFIAS EN LOS DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON

***** ***

Nº de registro: 1197

Título
MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA DE RETINOGRAFIAS EN LOS DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON

Autores:
DE LA OSA FONDON JUAN JOSE, JUSTE SERAL MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

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

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que cada vez es más prevalente a nivel nacional y en la Comunidad Autónoma de Aragón, siendo la primera causa de ceguera. El Programa de Atención Integral a la Diabetes en Aragón cuya última actualización es de 2012, tiene como línea estratégica 4 el "Abordaje de Complicaciones" con 2 objetivos, uno de los cuales es facilitar la detección precoz de la Retinopatía para evitar su progresión. Esto se puede conseguir mediante programas de cribado a través de la retinografía con cámara no midriática por personal entrenado, algo de lo se dispone en el Sector de Calatayud. El Acuerdo de Gestión 2.017 establece como uno de los objetivos a alcanzar dentro de la estrategia "DIABETES" conseguir una adecuada cobertura de la retinografía de cribado, indicador que en este momento aún no ha sido cuantificado. El EAP de Alhama de Aragón consiguió en 2016 una cobertura de retinografía de cribado del 65,18 %, bastante por encima de la cobertura alcanzada por el Sector Calatayud (46,8%) y por el total de Aragón (42,14%). A este hecho contribuyó en gran medida el hecho de disponer en nuestro centro de salud de un retinógrafo dos meses al año, lo que beneficiaba la accesibilidad de nuestros usuarios. Desde 2016 ya no se dispone de este recurso, y los diabéticos de nuestra zona de salud deben desplazarse hasta Calatayud, lo que va suponer un serio hándicap para mantener el índice de cobertura. El EAP de Alhama de Aragón considera que debemos esforzarnos a través de un programa específico para mantener la cobertura alcanzada en años anteriores.

RESULTADOS ESPERADOS

Conseguir que al menos un 60% de la población diabética de la ZBS de Alhama de Aragón tenga registrada la realización de una retinografía al menos cada 36 meses.
Población diana: pacientes con registro en OMI de diabetes mellitus.
Población excluida: pacientes diabéticos con retinopatía previa de grado mayor que leve tratados en Oftalmología y diabéticos mayores de 80 años con retinografía previa normal.

MÉTODO

1. Reunión formativa a cargo del responsable del proyecto en el momento de la implantación del mismo para explicar cómo realizar dicho proyecto y cómo solicitar las retinografías a través de la Intranet.
2. Revisión oportunista en consulta a demanda de los individuos incluidos en la población diana que acuden a consulta por cualquier motivo, revisión de última retinografía y propuesta de realización si procede en el CS de Calatayud.
3. Revisión sistemática en las consultas programadas del paciente diabético del registro de realización de una retinografía en los últimos 3 años y propuesta de realización si procede en el CS de Calatayud.
4. Reunión de los miembros del equipo para seguimiento y evaluación del proyecto cuando se considere oportuno, al menos una vez en cada cuatrimestre.
5. Reunión de seguimiento y evaluación de los objetivos en los primeros días del mes de noviembre con la finalidad de fijar el esfuerzo personal de cada CIAS para cumplir los objetivos propuestos.
6. Reunión de evaluación final cuando se conozcan los resultados finales de 2017

INDICADORES

Fuente de datos:

1. Cuadro de Mandos de Diabetes de EAP.
2. Cuadro de Mandos de Diabetes de CIAS.

Indicadores y estándar:

1. Indicador retinografías del EAP: % de pacientes diabéticos del EAP con diagnóstico de diabetes y registro de retinografía en el último año. Objetivo superior al 60%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1197

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA DE RETINOGRAFIAS EN LOS DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON

2. Indicador retinografías de cada CIAS: % de CIAS que han conseguido o mantenido una cobertura igual o superior al 60% en el registro de retinografías de los pacientes diagnosticados de diabetes en el último año.
Objetivo superior al 60%

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2.017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1198

1. TÍTULO

FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y APOYO A LA CRIANZA PARA MADRES Y PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS EN EL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE MARTA COMPES DEA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR
DE LA OSA FONDON JUAN JOSE
PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La organización del proyecto comenzó a mediados del mes de febrero, cuando pusimos en marcha la idea de participar en un proyecto comunitario sugerido por la dirección de Atención Primaria del Sector. Formando parte del contrato programa del año 2017.

Realizamos una primera reunión con el equipo de enfermería del Centro de Salud presentando el tema del proyecto y posteriormente lo pusimos en común con el resto del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de Alhama de Aragón.

Como información previa aporté los conocimientos y experiencia adquirida durante el periodo de tiempo que estuve trabajando en la consulta de pediatría del Centro de Salud de Calatayud, ya que participé en las sesiones del grupo de lactancia y crianza instaurado en ese Centro. La puesta al día en los diferentes temas a tratar se hizo a través del estudio de artículos publicados en páginas web especializadas en los mismos. Ejemplos: ALBA, AEPAP, Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, DGT...

Los recursos materiales necesarios fueron los disponibles en el propio centro:

- la consulta de enfermería.
- la sala de espera.
- sillas.
- equipo informático.
- fotocopias...

No fue necesario solicitar recursos extra a la dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud.

La demanda asistencial surgida por la creación del grupo y el tiempo invertido en éste se pactó con los enfermeros Teresa Pérez-Caballero y Juan José de la Osa Fondón.

En la reunión con el equipo pensamos que una sesión de grupo a la semana sería suficiente para alcanzar los objetivos. Entre los meses de Abril a Septiembre realizamos 16 sesiones. Estas fueron los miércoles de 9.30 a 10.15 de la mañana.

La difusión del proyecto la realizamos exclusivamente de forma interna, una vez comunicada y decidida a idea del proyecto a todo el equipo, los miembros del mismo nos encargamos de forma oral de informar a los posibles participantes de la creación del grupo. Médicos desde sus consultas durante el seguimiento del programa de embarazo, matrona desde las visitas preparto, pediatra en la primera consulta del Recién Nacido sano, admisión al hacer la tramitación de la tarjeta sanitaria del recién nacido y finalmente en la consulta de enfermería en la revisión de los puntos de sutura tras el parto. No hicimos carteles ni informamos por medios externos al Centro de Salud ya que toda la población a la que iba destinada estaba suficientemente informada desde el mismo.

Las actividades de intervención fueron varias y eran diferentes dependiendo de los temas a tratar.

En la primera sesión (26/04/17) realizamos la presentación y una lluvia de ideas para trabajar en las diferentes sesiones, dimos información sobre recursos online como e-lactancia.org donde aparecen fármacos que pueden tomar las madres durante la lactancia en relación con los riesgos para el bebé por el paso de los mismos a través de la leche materna. Hubo 6 participantes, todas ellas mujeres y sus inquietudes fueron: amamantar y trabajar, sillas homologadas para el automóvil...

Segunda sesión (3/05/17), participaron 4 madres y un padre y trabajamos sobre los mitos de la lactancia materna, eco feminismo y lactancia materna, sillas a contramarcha y reincorporación al trabajo remunerado. Proporcionamos información, confianza y recursos para el mismo. Las fuentes de información fueron: Albalactancia.org, Inatal, D.G.T. y Vía Láctea.

Tercera sesión (10/05/17), hubo 5 participantes y los temas abordados fueron: Mastitis, lactancia materna a demanda ¿Cual es su significado real?, decálogo para una familia feliz y recomendaciones de la AEPAP sobre la infancia feliz.

Durante la cuarta sesión (24/05/17) realizamos el taller de extracción manual de la leche materna, usos del sacaleches manual y eléctrico, conservación de la leche extraída y forma de administrar la leche con jeringa. La duración de este taller fue de 40 minutos, hubo una participación de 3 madres. Visualizamos un vídeo e hicimos prácticas.

En la quinta sesión (31/05/17) trabajamos sobre el Método de alimentación Baby leadwearnin. B.L.W. (a partir de 6 meses). Ya que la edad de los hijos de los participantes va desde 0 a 24 meses y surgen diferentes dudas sobre la introducción de los alimentos en la dieta de los lactantes. El número de participantes fue de 6 personas.

Durante la sexta sesión (07/06/17) surgió la idea de realizar un café tertulia- evaluación en un bar de la localidad, ya que varias participantes se despedían por la incorporación a sus puestos de trabajo. Durante el mismo pasamos una encuesta de satisfacción y la evaluación fue favorable con la que nos reforzamos en la tarea de continuar con el programa.

Séptima sesión (14/06/17), hicimos el juego de pasa palabra sobre términos utilizados en el tema de vacunas, inmunidad, anticuerpo, antígeno, dosis, recuerdo de vacuna...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1198

1. TÍTULO

FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y APOYO A LA CRIANZA PARA MADRES Y PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS EN EL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

En la octava sesión (21/06/17) repetimos el mismo juego de pasa palabra por la demanda de los participantes, se sumó un abuelo ya que hicimos la dinámica en la sala de espera. Aportó sus experiencias de cuando vacunaba a sus hijos.

En la novena sesión hubo una participación de 5 madres y el tema a tratar fue: preguntas y respuestas sobre los cambios en el calendario de vacunación infantil. Repartimos la documentación, fotocopias. Hicimos la lectura sobre el documento "Preguntas y respuestas sobre el cambio de calendario común de vacunación infantil del Gobierno de Aragón".

Sesión décima (12/07/17). Prevención de accidentes, lactancia materna a demanda y cólicos del lactante. Las fuentes de información fueron: Guía para la prevención de accidentes en la infancia del Gobierno de Aragón, AEPAP y Alba lactancia materna.org. Número de participantes: 6.

Durante el periodo estival se produjeron dudas sobre protección solar en los niños y en la undécima sesión (19/07/17) presentamos el programa educativo para la prevención del Cáncer de piel dirigido a niños. Guía de foto protección en la infancia para atención primaria del Gobierno de Aragón. Hicimos una lluvia de ideas sobre la protección solar, incidiendo sobre todo en la protección por medios físicos. Participación: 5.

Sesión duodécima (26/07/17), Evaluación, despedida de participantes y encuesta de satisfacción. Café- tertulia en el bar de la localidad. Participantes: 5.

Decimotercera (02/08/17) Fiebre. Consejos AEPAP, decálogo de la fiebre. Fiebre y vacunas. Información y trabajo sobre casos prácticos. Participantes: 6.

Sesión decimocuarta (09/08/17) Repetimos la sesión Alimentación Método BLW a petición de los participantes.

Decimoquinta (06/09/17) creación del grupo de autoayuda ya que el proyecto estaba llegando al final. La idea fue que los participantes se ayudaran unos a otros con su experiencia familiar y también profesional.

Última sesión (13/09/17), en ella reforzamos positivamente los aprendizajes adquiridos y animamos a que continúen en esa línea. Hicimos una valoración por observación directa, que fue muy positiva y también la despedida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos fueron adecuados por concretos y factibles. Para evaluar los resultados realizamos una encuesta de satisfacción que pasamos en 2 ocasiones, cada 6 semanas aproximadamente, ya que los grupos por sus características eran cambiantes por la incorporación al trabajo de las madres y padres tras el periodo de descanso maternal.

También comprobamos por observación directa la consecución de los objetivos.

La participación en las sesiones fue adecuada a la población del Centro de Salud, ya que el número de nacimientos no es muy numeroso. Hubo una media de 5 participantes, de los cuales un 80% fueron mujeres.

De los resultados de las encuestas podemos concluir:

- La organización, información previa y duración de las sesiones ha sido adecuada ya que se ha obtenido una media de 9 puntos sobre 10

- Contenidos adecuados, 9 puntos sobre 10.

- Profesional de la salud, capacidades de comunicación, transmisión, conocimiento de temas a tratar, empatía y fomento de la participación. Se ha obtenido la misma media.

- Conocimientos adquiridos útiles para la crianza de los hijos, misma calificación.

- Recomendable a otras familias. Misma puntuación.

Mediante la observación directa hemos comprobado que ha disminuido el grado de ansiedad y miedo a expresar sus emociones, ya que se ha creado un ambiente de serenidad y respeto en el grupo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los proyectos de atención comunitaria deben ser dinámicos y flexibles con una definición de objetivos precisa para la consecución los mismos.

Como reflexión podríamos decir que debe de haber más apoyo del equipo para la sostenibilidad, ya que si funciona como es en nuestro caso, puede pasar a la agenda comunitaria de nuestro Centro de Salud.

Para mejorar el proyecto se puede hacer un nuevo análisis de la situación fomentando la cultura de equipo de trabajo.

Como conclusión la valoración final es muy positiva para la comunidad gracias a la buena participación y a la variedad de actividades lúdicas que hemos realizado, los participantes pueden convertirse a sí mismo en vectores de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1198 ===== ***

Nº de registro: 1198

Título
FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y APOYO A LA CRIANZA PARA MADRES Y PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS EN EL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1198

1. TÍTULO

FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y APOYO A LA CRIANZA PARA MADRES Y PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS EN EL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

Autores:

COMPES DEA MARTA, PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR, DE LA OSA FONDON JUAN JOSE, PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La oportunidad de mejora ha sido detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres y padres que tienen un niño lactante (0-2 años), en las consultas de Pediatría, Enfermería y Matrona. Las madres y los padres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.

Se trata de ofrecer un espacio en el que madres y padres se sientan protagonistas y confiados de expresar sus interrogantes y dificultades compartiendo información y apoyo profesional.

Ofrecer un apoyo emocional a las madres dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones.

Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza. Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales.

MÉTODO

Sesiones formativas y/o prácticas durante el embarazo dirigidas a madres y padres con bebés hasta 2 años, impartidas por la enfermera del C.S. Alhama de Aragón (Marta Compés Dea) Debido a la dispersión de la ZBS, se facilitará en el PAC de Nuévalos dicho servicio a cargo de la enfermera de Nuévalos (Mª Pilar Pardo Hernández) para todas aquellas personas que no pueden acceder a este servicio en el C.S. Alhama.

Las sesiones tendrán lugar:

- C.S. Alhama de Aragón..: Miércoles, 09:30-10:15
- PAC Nuévalos.....: Jueves, 12:30-13:00

INDICADORES

Indicador 1: Número de sesiones impartidas a lo largo de 2017 (sesión semanal, cada miércoles exceptuando los periodos vacacionales). Valor a alcanzar: 16. Valor Inferior: 12. Valor Superior: 20 .Periodo evaluación: al finalizar el año.

Indicador 2: Porcentaje de satisfacción de los asistentes a las sesiones: se facilitará una encuesta de satisfacción a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluará el grado de utilidad, la facilidad de comprensión y la sencillez de la presentación.

DURACIÓN

Fecha de inicio: Abril 2017

Fecha finalización: Diciembre 2017

Responsables de su implantación:

- Marta Compés Dea (Responsable del proyecto)
- Mª Pilar Pardo Hernández (Co-responsable del proyecto)
- Juanjo De La Osa Fondón (Colaborador)
- Teresa Pérez-Caballero Sánchez (Colaboradora)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1220

1. TÍTULO

MEJORA DEL PERFIL DE PRESCRIPCION DE ESTATINAS

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ASCENSION HERNANDEZ VALLESPIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ARIZA
· Localidad ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL
FELEZ RIPOLL CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron tres reuniones (segundo, tercer y cuarto trimestre) para evaluar el desarrollo del proyecto, cambio de impresiones entre los profesionales responsables y evaluación de la prescripción según datos de consumo farmacéutico manejados en nuestro centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según los datos de prescripción activa enviados desde el departamento de farmacia de nuestro sector no se han alcanzado los objetivos propuestos.
Tan solo se ha conseguido una reducción del 0,1% de prescripción de estatuas ineficientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Entendemos que obviamente el trabajo no ha sido suficiente, el trabajo de todos los profesionales del centro no ha ido en la misma línea que los implicados en este proyecto y posiblemente otros factores que no hemos sido capaces de identificar

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1220 ===== ***

Nº de registro: 1220

Título
MEJORA DEL PERFIL DE PRESCRIPCION DE ESTATINAS

Autores:
HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION, PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL, FELEZ RIPOLL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

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

Una de las cuestiones mas importantes de las políticas sanitarias es el uso racional de medicamentos. La OMS apoya el uso racional de los medicamentos como una estrategia de primer orden en materia sanitaria.

Entendemos que el URM cuida algunos de los principios básicos de la atención primaria de salud como son: el principio de justicia, ya que un gasto innecesario compromete la sostenibilidad del sistema sanitario o el principio de equidad, ya que el uso adecuado permite distribuir los recursos de forma equitativa, sin menoscabar la adecuación del tratamiento protegiendo así la seguridad del paciente.

La evidencia consultada concluye que el efecto de las estatinas podría deberse a un efecto de clase, de tal forma que no se han detectado diferencias significativas entre las diferentes opciones terapéuticas disponibles. No hay datos, basados en eventos clínicos que sugieran la superioridad de una estática frente a otra en la reducción de eventos cardiovasculares si bien entre ellas puede haber diferencias en la disminución del c-LDL a dosis similares. El perfil de efectos adversos es similar para todas las estatinas. Los efectos adversos a nivel muscular ocurren con todas las estatinas y el riesgo aumenta con la dosis.

La relación coste-efectividad es, por tanto, determinante a la hora de seleccionar una estática. En nuestro medio la estática de menor coste y con mayor experiencia de uso es la simvastatina.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1220

1. TÍTULO

MEJORA DEL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS

Simvastatina y atorvastatina son las que presentan mejores resultados en cuanto a eficacia y seguridad en los estudios clínicos realizados.

RESULTADOS ESPERADOS

Dado que los datos aportados desde el departamento de farmacia de nuestro sector nos indican un consumo elevado de rosuvastatina y pitavastatina frente a simvastatina y atorvastatina, nos planteamos como objetivo estratégico la reducción del consumo de rosuvastatina y pitavastatina en prevención primaria.

Por tanto nuestros objetivos serian:

- Disminuir el porcentaje de pacientes en tratamiento con estatinas ineficientes (rosuvastatina y pitavastatina)
- Educación sanitaria a los pacientes en el uso de estos fármacos y en el autocuidado para el control de su enfermedad

MÉTODO

Se realiza una reunión de equipo para revisar las fortalezas y debilidades del acuerdo de gestión de nuestro EAP, planteando dentro de los objetivos de mejora de nuestro EAP este que vamos a desarrollar. Nos reunimos con Dirección de Atención Primaria de nuestro sector para estudiar conjuntamente las posibilidades de este proyecto. Contactamos con la farmacéutica de nuestro sector que nos facilita la extracción de datos referentes a este proyecto. En próximas fechas se realizara una sesión clínica para explicar las indicaciones de prescripción de las principales estatinas. Se realizaran reuniones de equipo cada 2-3 meses para valorar la evolución del proyecto.

INDICADORES

Se utilizara como fuente de datos los facilitados por la farmacéutica del sector Calatayud sobre el consumo y prescripción de estatinas en la población asignada el Centro de salud de Ariza en el año 2016-2017. Se buscara como objetivo la reducción del 5% de los envases prescritos en 2017.

Los indicadores serán:

- 1- Pacientes con prescripciones activas de estatinas ineficientes (rosuvastatina y pitavastatina) prescritas por este EAP en el año

Valor a alcanzar: 5%
Limite superior: 5%
Limite inferior: 0%

- 2- N° de pacientes a los que se les revisa el tratamiento hipolipemiente

Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

- 3- N° de pacientes sobre los que se hace una intervención relativa a la educación sobre su tratamiento y auto cuidado.

Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

DURACIÓN

La fecha de inicio del proyecto será 2º trimestre del año 2017 y el fin del mismo será a finales del 4º cuatrimestre del mismo año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1456

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO ADECUADO DEL RIESGO DE ULCERACION EN PACIENTES DEPENDIENTES E INMOVILIZADOS QUE PERTENECEN AL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE EVA MARIA NEGREDO HERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ARIZA
· Localidad ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENDICHO ROJO CESAR
CASTAN BELLIDO JENNIFER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Seguimiento activo de pacientes con riesgo de ulceración incidiendo en planes personales, y específicamente en el cumplimiento de la escala Norton
Visitas a la residencia de personas mayores para realizar esta escala en dichos pacientes.
Reuniones entre profesionales intercambio activo de información y programar agenda de trabajo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La percepción subjetiva es de mejora
No obstante no tenemos resultados objetivos dada la falta de datos por ausencia del Técnico de Salud del sector.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Precisamos datos objetivos para una mejor evaluación de resultados

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1456 ===== ***

Nº de registro: 1456

Título
DETECCION Y REGISTRO ADECUADO DEL RIESGO DE ULCERACION EN PACIENTES DEPENDIENTES E INMOVILIZADOS QUE PERTENECEN AL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Autores:
NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA, BENDICHO ROJO CESAR, CASTAN BELLIDO JENIFER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras los resultados de la evaluación de los indicadores en 2016, detectamos la necesidad de aumentar el porcentaje obtenido en el registro del riesgo de ulceración a través de la escala Norton. Habíamos obtenido un 34.78% y pensamos que es necesario mejorarlo.
A pesar de este resultado mejorable, en nuestra zona solamente en la residencia de ancianos es donde se presenta algún caso de UPP. No hay ningún caso en pacientes domiciliarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos aumentar a un 65% dentro de la población de dependientes/inmovilizados de nuestro centro

MÉTODO
- Revisar cada uno de nosotros las historias de nuestros inmovilizados/dependientes y rellenar en el protocolo de dependiente/inmovilizado la pestaña DEPENDIENTE SEGUIMIENTO dentro de la cual se encuentra la escala de Norton

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1456

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO ADECUADO DEL RIESGO DE ULCERACION EN PACIENTES DEPENDIENTES E INMOVILIZADOS QUE PERTENECEN AL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

- Aumentar el tiempo dedicado a éste último en los pacientes institucionalizados en la residencia de ancianos de Ariza pues todos ellos son dependientes y necesitan actualizar sus historias clínicas. Para ello la enfermera responsable de la residencia de nuestro centro dedicará parte de las mañanas de los jueves y viernes a este fin.
- Actualizar las valoraciones ya existentes

INDICADORES

% de pacientes dependientes e inmovilizados con valoración de riesgo de ulceración

Valor a alcanzar: 65%

Límite inferior: 60%

Límite superior: 80%

Para monitorizar el proyecto cogemos a todos nuestros dependientes e inmovilizados y les pasaremos la escala de Norton para intentar llegar a un mínimo del 65% de dichos pacientes.

DURACIÓN

La duración de la actividad va a ser este año 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 - 2016/1226

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL FUNGIBLE EN LA SALA DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD Y EN LOS BOTIQUINES DE CONSULTORIOS LOCALES

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES BLANQUEZ PUEYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ATECA
· Localidad ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO TABERNERO ANTONIO
GOMEZ LLORENS CARMEN
IBAÑEZ FORNIES MONICA
REMIRO SERRANO FATIMA
GRACIA AZNAR ASUN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2017 se realizan reuniones mensuales,excepto los meses de verano

Fechas:
26/01 Se reúnen Mercedes Blánquez, Carmen Gomez y Antonio Bueno
Temas : -Presentar hoja de registro para control de medicación, reposición de urgencias .
-Presentar a compañeros responsables de sala de urgencias y de botiquines locales la hoja de registro en una fecha concreta .
-Establecer como responsable de botiquín de consultorios locales a Médico /ATS de cada consultorio .
23/02 Se reúnen Mercedes Blánquez, Carmen Gomez y Antonio Bueno junto con el resto del equipo

Temas : -Adjudicar responsable del petitorio de balas de oxígeno .
-Presentar a los responsables de petitorio de farmacia, de material de sala de urgencias, de revisar carro de paradas

-Registro en hoja mensual de cada responsable.

23/03

20/04

Tema: -Quejas de ATS por desabastecimiento de determinados parches.

25/05

Tema: -Petitorio de dichos parches según impreso dirigido a dirección .

-Comprobamos registro de reposición en hoja de registro.

21/09

26/10

23/11

Tema : reunimos para valoración y resultados .

ACCIONES ESPECÍFICAS

-Revisión de caducidades /medicamentos / material

-Reposición de medicación y material

-Revisión carro de paradas

-Revisión vals de Oxígeno

-Registro en hoja de estas actividades

INDICADORES

-Registro de actividad: buen registro en plantilla .Se han revisado caducidades y repuesto.

-Se va reponiendo y subsanando las faltas de forma semanal

-Balas de oxígeno, se pide cuando se necesita

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EVALUACIÓN

-¿Hemos encontrado medicación / material en falta en sala de urgencias

SI, debido a que los profesionales por comodidad cogemos medicación / material de la sala de urgencias en lugar de cogerlo del almacén.

-No tenemos una hoja de registro para ir apuntando fármaco / material en falta. Lo comunicamos de palabra.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

OBJETIVOS

-Hemos conseguido controlar medicación / material de sala de urgencias / curas

-Hemos conseguido que el materia / medicación esté disponible controlando caducidades .

-No se ha conseguido comunicación con responsable de petitorios a la hora de adelantarnos a la falta del medicamento .

-Crear hoja de registro de material /medicación que va a estar en falta para el año que viene

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1226

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL FUNGIBLE EN LA SALA DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD Y EN LOS BOTIQUINES DE CONSULTORIOS LOCALES

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1226 ===== ***

Nº de registro: 1226

Título
CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL FUNGIBLE EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD Y EN LOS BOTIQUINES DE LOS CONSULTORIOS LOCALES

Autores:
BLANQUEZ PUEYO MERCEDES, BUENO TABERNERO ANTONIO, GOMEZ LLORENS MARIA CARMEN, GRACIA JARABO MYRIAM, ORUE JUNGUITU ALMA MARIA, ASTORGA MOLINA NOELIA, MELENDO BUENO MAGDALENA, OMEDES BES MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

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, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente no se dispone de un plan de necesidades en cuanto a medicación ni material fungible, ni de un procedimiento para asegurar la continuidad del estocaje preciso.
Este proyecto se adscribe en el objetivo de seguridad del paciente y en el uso racional del medicamento.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un circuito de intervención que permita una continuidad en la accesibilidad de toda la población a medicación y material fungible necesario para una atención eficiente.

MÉTODO
- Reunión de Equipo para establecer un plan de necesidades.
- Confección de listado con todos los medicamentos y material fungible que debe haber en la sala de urgencias del centro de salud y en los botiquines de los consultorios locales.
- Nombrar responsables de la supervisión de cada una de las áreas a evaluar.
- Elaboración de una hoja de registro de las actividades, estableciendo responsables, periodicidad de las mismas, incidencias detectadas.

INDICADORES
- % de registros de actividad
- % de registros de incidencias
- % de incidencias subsanadas en tiempo

DURACIÓN
Fecha de inicio de proyecto: 01/05/2017
Fecha de evaluación de resultados: 31/12/2017

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 - 2016/1227

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE FATIMA REMIRO SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ATECA
· Localidad ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBÁÑEZ FORNIES MONICA
BLANQUEZ PUEYO MERCEDES
DIAZ VICENTE PABLO
ORUE JUNGUITU ALMA MARIA
ASTORGA MOLINA NOELIA
HERNANDEZ VILLAMAYOR MARIA
OMEDES BES MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REUNIONES

- 11/04/2017. Reunión inicial equipo. Sesión formativa: "EPOC. Revisión de la cartera de servicios". Ponente: Pablo de Lora Novillo (MAP).
- 18/04/2017. Sesión formativa: "Criterios diagnósticos de EPOC". Ponente: Pablo Díaz Vicente (MAP).
- 02/05/2017. Sesión formativa: "Taller espirometrías". Ponente: Antonio Bueno Tabernero (EAP).
- 16/05/2017. Reunión de equipo para decidir organización de espirometrías.

FORMACIÓN

Antonio Bueno Tabernero (EAP CS Ateca) rota con la enfermera de espirometrías del Hospital Ernest Lluch.

INTERVENCIÓN

- Se acuerda en reunión de equipo la realización de las espirometrías en función del protocolo de planes personales de OMI. En Ateca se realizarán en consulta de enfermería. Los enfermeros periféricos se programarán las espirometrías por las tardes coincidiendo con su horario de guardia.
- Revisión de los pacientes incluidos en la cartera de servicios de EPOC de OMI-AP. Captación y seguimiento de los mismos.
- Captación telefónica activa de pacientes de edades comprendidas entre 18-40 años que han acudido a consulta en el último año para registrar su hábito tabáquico.
- Captación de los pacientes fumadores que acuden a consulta de medicina/enfermería y derivación para espirometría.
- Metodología. Indicadores:
 - % de pacientes EPOC captados y a los que se ha hecho seguimiento este año.
 - Prevalencia de EPOC en nuestra ZBS.
 - % de hábito tabáquico en >14 años
 - % de espirometrías realizadas en pacientes fumadores
 - % de espirometrías patológicas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Captación activa del 72% de los pacientes con EPOC incluidos en nuestra cartera de servicios. Seguimiento, ajuste de tratamiento y derivación a neumología en caso de ser necesario.
- Captación de fumadores y realización de espirometrías programadas a los mismos.
- Un mínimo porcentaje de espirometrías en pacientes fumadores han sido diagnósticas de nuevos casos de EPOC.
- No se han podido objetivar porcentualmente los indicadores planteados ya que no ha sido posible extrapolar los datos desde OMI-AP y no habíamos utilizado ningún otro sistema de registro alternativo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha habido errores en el planteamiento y metodología del proyecto. El próximo año seguiremos trabajando en este proyecto de mejora para subsanarlos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1227 ===== ***

Nº de registro: 1227

Título
INTERVENCION SOBRE EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1227

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA

REMIRO SERRANO FATIMA, IBAÑEZ FORNES MONICA, DIAZ VICENTE PABLO, REMIRO SERRANO FATIMA, ORUE JUNGUITU ALMA MARIA, ASTORGA MOLINA NOELIA, HERNANDEZ VILLAMAYOR MARIA, OMEDES BES MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

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

Los resultados obtenidos en la "prevalencia de EPOC registrada" en esta ZBS Ateca en el año 2016 está muy distante de la "prevalencia estimada" en función del estudio EPISCAN.
Esto supone un infradiagnóstico de EPOC sobre el que se precisa intervenir.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora de la atención a los pacientes con EPOC.
Detección de población de riesgo (fumadores) en mayores de 14 años

MÉTODO

- Sesión formativa en espirometrías para los profesionales del EAP.
- Designación de responsable de la realización y control de las espirometrías.
- Creación de agendas para realizar espirometrías en el centro de salud y en los consultorios locales.
- Identificación de pacientes susceptibles de realizar espirometría (con diagnóstico previo de EPOC, con hábito tabáquico...)
- Sesiones conjuntas de interpretación de resultados.

INDICADORES

- % pacientes de más de 14 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco: Valora alcanzar: 62%. Valor inferior: 42%. Valor superior: 62%. Período evaluación: anual
- % de pacientes fumadores con registro de espirometría: Valora alcanzar: 90%. Valor inferior: 20%. Valor superior: 100%. Período de evaluación: anual.
- % de espirometrías patológicas

DURACIÓN

Fecha de inicio de proyecto: 01/05/2017
Fecha evaluación resultados: 01/12/2017

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 - 2016/1227

1. TÍTULO

MEJORA DEL INFRADIAGNOSTICO DE LA ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN LA ZBS ATECA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE FATIMA REMIRO SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ATECA
· Localidad ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLANQUEZ PUEYO MERCEDES
DE LORA NOVILLO PABLO
GOMEZ LLORENS CARMEN
IBAÑEZ FORNES MONICA
MELENDO BUENO MAGDALENA
BUENO TABERNERO ANTONIO
DIAZ VICENTE PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha enviado encuesta sobre el hábito tabáquico a todos los pacientes de 50-59 años de la ZBS Ateca, en total se enviaron 500 encuestas de las que han sido contestadas 214 (122 no fumadores y 92 fumadores).
Con fecha 13/05/2018 se publicó en el blog del Centro de Salud de Ateca información sobre el proyecto de mejora y acceso a Guía de Práctica Clínica del SNS sobre la EPOC ("Aprendiendo a conocer y vivir con la EPOC").

Sesiones clínicas impartidas al equipo en relación al proyecto de mejora:

- 27/03/2018 Diseño y planificación del proyecto de mejora "diagnóstico precoz de la EPOC"
- 02/04/2018 Presentación del proyecto de mejora "Diagnóstico precoz de la EPOC" al EAP.
- 24/04/2018 Registro en OMI de EPOC, tabaquismo y espirometrías.
- 08/05/2018 GESEPOC 2017. Actualización.

Se ha trabajado con el 100% de las encuestas que nos han sido devueltas cumplimentadas y se ha registrado correctamente, de todas ellas, en OMI el hábito tabáquico.

Se ha contactado telefónicamente con todos los pacientes fumadores que han devuelto la encuesta (92 fumadores) y se les ha propuesto la realización de espirometría. Se ha dado cita en la consulta monográfica a todos los pacientes que han aceptado realizar la prueba (se han realizado 56 espirometrías).

El 100% de las espirometrías realizadas han sido valoradas por el MAP y registradas en OMI.

A todos los pacientes fumadores de la población diana del proyecto se les ha dado información sobre el tabaco y el tratamiento de deshabituación.

Los pacientes que en la espirometría presentaban un cociente FEV1/FVC<70 son diagnosticados de EPOC y se les registra en OMI, se cumplimenta el plan personal asociado y, a los que procede, se deriva a neumología e instaura tto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se han diagnosticado de EPOC 3 casos nuevos en la franja de edad estudiada (50-59 años), esto supone un 3,26% de la población estudiada.
- En el 66,6% de los EPOC de nuevo diagnóstico está registrado el índice BODEx en OMI. En el 33,3% restante no se puede cumplimentar el índice BODEx en OMI ya que los pacientes no presentan síntomas respiratorios.
- El 100% de los pacientes con EPOC de alto riesgo (BODEx>5) han sido derivados a neumología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Las sesiones impartidas al EAP en relación con este proyecto de mejora nos han servido para trabajar no solo con la población diana de este proyecto sino con la población general de la ZBS Ateca.

- En este tramo de edad el número de nuevos casos de EPOC diagnosticados ha sido bajo. Nos lleva a pensar que sería pertinente dirigir el estudio a una población más mayor (60-75 años).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1227 ===== ***

Nº de registro: 1227

Título
INTERVENCION SOBRE EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA

Autores:
REMIRO SERRANO FATIMA, IBAÑEZ FORNES MONICA, DIAZ VICENTE PABLO, REMIRO SERRANO FATIMA, ORUE JUNGUITU ALMA MARIA, ASTORGA MOLINA NOELIA, HERNANDEZ VILLAMAYOR MARIA, OMEDES BES MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1227

1. TÍTULO

MEJORA DEL INFRADIAGNOSTICO DE LA ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN LA ZBS ATECA

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

Los resultados obtenidos en la "prevalencia de EPOC registrada" en esta ZBS Ateca en el año 2016 está muy distante de la "prevalencia estimada" en función del estudio EPISCAN.
Esto supone un infradiagnóstico de EPOC sobre el que se precisa intervenir.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora de la atención a los pacientes con EPOC.
Detección de población de riesgo (fumadores) en mayores de 14 años

MÉTODO

- Sesión formativa en espirometrías para los profesionales del EAP.
- Designación de responsable de la realización y control de las espirometrías.
- Creación de agendas para realizar espirometrías en el centro de salud y en los consultorios locales.
- Identificación de pacientes susceptibles de realizar espirometría (con diagnóstico previo de EPOC, con hábito tabáquico...)
- Sesiones conjuntas de interpretación de resultados.

INDICADORES

- % pacientes de más de 14 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco: Valora alcanzar: 62%. Valor inferior: 42%. Valor superior: 62%. Período evaluación: anual
- % de pacientes fumadores con registro de espirometría: Valora alcanzar: 90%. Valor inferior: 20%. Valor superior: 100%. Período de evaluación: anual.
- % de espirometrías patológicas

DURACIÓN

Fecha de inicio de proyecto: 01/05/2017
Fecha evaluación resultados: 01/12/2017

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 - 2016/1229

1. TÍTULO

CREACION DE UNA WEBLOG INFORMATIVA DEL CENTRO DE SALUD ATECA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE PABLO DE LORA NOVILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ATECA
· Localidad ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO TABERNERO ANTONIO
GRACIA JARABO MYRIAM
ORUE JUNGUITU ALMA MARIA
ASTORGA MOLINA NOELIA
OMEDES BES MARIA
GALINDO FAGO ADRIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión de Equipo (RE): se decide, para iniciar el proyecto, nombrar 2 personas (Pablo de Lora y Antonio Bueno) que lideren el grupo de trabajo y distribuyan responsabilidades para cada uno de sus miembros. Como primer objetivo se marca buscar en internet blogs con contenidos afines a los planteados con el propósito de definir un modelo propio.
- RE: se presentan blogs con contenidos similares a los proyectados y se decide el modelo a implantar. Se inicia la maquetación del blog para su aprobación.
-RE: se presenta la maqueta inicial con su diseño y configuración, aprobándose el modelo a colgar en internet.
- RE: se distribuyen, dentro del equipo de mejora, responsabilidades de contenidos, para irlos publicando periódicamente en el blog, y la búsqueda de colectivos a los que se les pueda comunicar (ayuntamientos, asociaciones, centros escolares,...)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez publicada la weblog en internet, se hace un seguimiento:

- del contador de número de páginas visitadas, intentando buscar una correlación entre la publicación de un determinado contenido con un mayor o menor número de visitas con el fin de identificar preferencias y programar futuras publicaciones.
- de los comentarios en cada una de las páginas publicadas
- de los correos enviados por los usuarios y respondidos por el grupo de trabajo.
Con todo ello, transferiremos una buena información con contenidos adaptados a las necesidades del usuario del Servicio de Salud.

Y esto se traducirá además en una mejora en las encuestas de satisfacción y un menor número de reclamaciones. La peculiaridad de este Proyecto hace que los resultados esperados se objetiven a medio/largo plazo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La publicación de una weblog implica un esfuerzo mantenido en el tiempo. Conocemos el riesgo de decaer en la indolencia. La respuesta del usuario y los resultados obtenidos deben ser un acicate en esta labor constante. El objetivo último debe ser que la información recibida se traduzca en una mayor autonomía y responsabilidad de los usuarios junto con una mejora en la utilización de los recursos sanitarios que disponemos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1229 ===== ***

Nº de registro: 1229

Título
CREACION DE UNA WEBLOG INFORMATIVA DEL CENTRO DE SALUD ATECA

Autores:
DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO, BUENO TABERNERO ANTONIO, IBAÑEZ FORNES MONICA, GOMEZ LLORENZ MARIA CARMEN, MELENDO BUENO MAGDALENA, GRACIA JARABO MYRIAM, HERNANDEZ VILLAMAYOR MARIA, BLANQUEZ PUEYO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1229

1. TÍTULO

CREACION DE UNA WEBLOG INFORMATIVA DEL CENTRO DE SALUD ATECA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente no hay un lugar en el que se reúna toda la información específica sobre la oferta de recursos sanitarios, tanto humanos como materiales, a los usuarios sobre los servicios que se prerstan desde el Centro de Salud

RESULTADOS ESPERADOS

Ofrecer a la comunidad información sobre la oferta de servicios que se prestan desde el Centro de Salud y sobre temás de interés sanitario para fomentar hábitos saludables.

MÉTODO

Se creará una weblog con contenidos de carácter sanitario específicos de la ZBS Ateca, donde se informará de todos los servicios que se prestan, horarios, recursos humanos y materiales, con inclusión de páginas de información sanitaria con objeto de fomentar hábitos saludables a la población. Se establecerá un feedback de información que produzca un incremento de la satisfacción por la atención recibida y una disminución del número de reclamaciones.

INDICADORES

- Número de visitas en el contador del blog
- Número de consultas/sugerencias recibidas
- Registro de reclamaciones
- En cuestas de satisfacción
- % participación de profesionales EAP

DURACIÓN

- Fecha de inicio del proyecto: 01/04/2017
- Fecha de publicación web: 01/10/2017
- Fecha de evaluación de resultados: 01/12/2017

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 - 2016/0608

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL USO DE RESERVORIO SUBCUTANEO EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE SUSANA PIQUERAS LORIENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORCAL CASADO MARIA ROSARIO
DELGADO GUAJARDO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-MAYO 2016-Reunión organizativa de los integrantes del equipo
-Rosario Torcal coordinó la formación de una enfermera en el Servicio de Oncología del HELL y la inclusión de los fármacos y materiales necesarios a través de la farmacia y almacén del hospital.
Informó del proyecto y de la necesidad de formación al resto de las enfermeras del equipo.
-JUNIO 2016-Susana Piqueras recibió formación en el servicio de Oncología.
-Susana Piqueras y Carmen Delgado se encargaron de la organización y ubicación del material y de la guía de procedimiento.
Iniciaron la realización del procedimiento a demanda de un paciente.
-MAYO-OCTUBRE 2016- Susana Piqueras y Carmen Delgado realizaron formación individual de las enfermeras mientras se realizaba el procedimiento con un paciente, siempre tras su consentimiento.
-NOVIEMBRE 2016-Susana Piqueras y Carmen Delgado acudieron a la sesión clínica teórico-práctica realizada en el HELL sobre el procedimiento.
-DICIEMBRE 2016-Susana Piqueras y Carmen Delgado impartieron sesión clínica al resto de las enfermeras. Se entregó manual de procedimiento y tras exposición teórica se realizaron prácticas en cámara con membrana de simulación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Se formó una enfermera en el Servicio de Oncología por profesionales expertos, que habitualmente realizan la técnica.
-la formación individual con paciente fué realizada por el 69.23% de las enfermeras.
-La formación teórico-práctica con cámara de simulación fue realizada por el 76.92% de las enfermeras.
-En la actualidad se dispone del material, medicación y ubicación que permite realizar este procedimiento de manera cómoda y segura para el paciente.
-Podemos ofrecer la posibilidad de realizar las extracciones sanguíneas, lavado y sellado del reservorio e incluso administración de medicación en los pacientes portadores de éste dispositivo y que así lo soliciten.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-El procedimiento del uso de reservorio subcutáneo en nuestro centro es algo novedoso. Al ser un abordaje de vía central a través de acceso periférico, nos hemos encontrado con cierto temor por parte de los profesionales que deben realizarlo.
-Con la adecuada formación y el conocimiento de los beneficios que aportan al paciente se ha conseguido la aceptación de ésta técnica.
-Los pacientes a los que se les ha aplicado la técnica han manifestado su satisfacción. Esperamos seguir ampliando en lo sucesivo a aquellos que lo demanden.
-Queda pendiente la extensión de la práctica a la totalidad de las enfermeras y nuestra disposición para formar a enfermeras de otros equipos si así lo solicitan.

7. OBSERVACIONES.

-Manifestar nuestro agradecimiento a nuestras compañeras del Servicio de oncología del HELL, Ascensión Vallejo y Ana M^a Blancas que han colaborado en nuestra formación y han estado dispuestas por su experiencia en la resolución de las dudas que les hemos planteado.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/608 ===== ***

Nº de registro: 0608

Título
IMPLANTACION DEL USO DE RESERVORIO SUBCUTANEO EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE

Autores:
PIQUERAS LORIENTE SUSANA, TORCAL CASADO MARIA ROSARIO, DELGADO GUAJARDO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0608

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL USO DE RESERVORIO SUBCUTANEO EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Variados, neoplasia, VIH, crónicos, hematológicos.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

-Cada vez se realiza con mayor frecuencia, el implante de reservorio subcutáneo en pacientes crónicos, oncológicos, hematológicos y con VIH.
-En la actualidad, no es posible en el Centro de Salud, prestar asistencia a pacientes portadores de reservorio subcutáneo y que precisan lavado y sellado del mismo, realización de extracciones sanguíneas de dicho reservorio o administración de tratamientos en pacientes terminales .
-La ausencia del material necesario así como de la formación de los profesionales que realizan la técnica que son las enfermeras, imposibilita la realización de dicho procedimiento .
-El acceso venoso central mediante reservorios subcutáneos, constituye un sistema seguro y eficaz, que proporciona una mejor calidad de vida, ya que resultan muy cómodos para el paciente que se ve sometido a punciones venosas repetitivas, evitan la dificultad de canalizar vías periféricas, reducen el riesgo de flebitis del sistema venoso superficial, reducen el riesgo de infección y el dolor y facilitan la movilidad y el confort del paciente.
-Estas evidencias, pese a la existencia de algún inconveniente, justifican la utilidad de la puesta en marcha de este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Dotar al centro de salud del material necesario y de la formación teórico práctica de los profesionales, para poder realizar,el procedimiento de atención a pacientes portadores de reservorio subcutáneo de manera habitual.

MÉTODO

-Rosario Torcal Casado
-Coordinar la formación de una enfermera en el servicio de oncología del Hospital Ernest LLuch.
-Solicitar y coordinar con el servicio de farmacia y almacén, la inclusión en el petitorio de los fármacos y materiales necesarios para realizar el procedimiento .
-Informar del proyecto a las enfermeras y de la necesidad de formación .
-Susana Piqueras Lorient
-Recibir formación en el servicio de oncología.
-Difusión del manual sobre el procedimiento de atención al paciente portador de reservorio subcutáneo, realizado en abril de 2016, por las enfermeras: Ascensión Vallejo y Ana Mª Blancas del Servicio de Oncología del HELL, revisado por la Unidad de Calidad y aprobado por la Comisión de Dirección.
-Programar fechas de formación individual, adaptadas a las agendas de los profesionales.
-Realizar formación teórica y práctica en membrana de cámara de simulación.
-Realizar formación individual mientras se realiza el procedimiento con paciente, siempre tras su consentimiento.
-Carmen Delgado Guajardo
-Colaborar en la organización y adaptación de fechas de formación a las agendas y disponibilidad de los profesionales.
-Participar en la formación de dichos profesionales de forma individual mientras se realiza el procedimiento con paciente.
-Organizar, revisar y ubicar el material necesario y la guía de procedimiento en la sala de cirugía y mostrar al resto de las enfermeras del equipo.

INDICADORES

-1. Formación de una enfermera en el servicio de oncología: objetivo = 100%
-2. Realización de sesiones clínicas incluyendo formación teórica y práctica con cámara de simulación: objetivo= 100%
-3. Nº de enfermeras formadas en la realización del procedimiento con paciente bajo la supervisión de una enfermera adiestrada : objetivo= 50% de las enfermeras del Centro (7 enfermeras)

DURACIÓN

-Mayo 2016: Iniciación del proyecto. Reunión organizativa de los componentes.
-Junio 2016: Formación de una enfermera en el Servicio de Oncología del HELL y realización de acciones para disponer del material y fármacos necesarios .
-Finales de junio : Organización del material en la sala de cirugía de laboratorio, e inicio de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0608

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL USO DE RESERVORIO SUBCUTANEO EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE

realización del procedimiento aplicado a un paciente.

-Octubre de 2016 : formación teórica y práctica en reservorio de simulación.

-De junio a febrero de 2017 y adaptado al calendario de pacientes que acuden portadores de reservorio, se realizará la formación individual de la enfermeras.

-Febrero 2017: finalización del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0657

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN CHARLEZ MILLAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRIENDO ORTILLES CERES
BERNAL FRANCO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Puesta en contacto con los directores de los centros escolares para ofertarles el programa " Salud en la escuela".
-Reunión con los responsables de los centros escolares y los responsables del proyecto para planificar la cronología y localización de las sesiones.
-El colegio Augusta Bilibilis solicita un taller de primeros auxilios dirigido a profesores.
-El día 28 de Marzo de 2017 se realizo la sesión formativa teorico-practica de dos horas de duración.(Maniquies cedidos por la unidad docente)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se formó al 100% de los profesores del colegio(35), alcanzando en las encuestas un 80% de satisfacción.
-La evaluación de conocimientos fué superada por el 100% de participantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Es fundamental hacer educación sanitaria fuera de nuestro ámbito de trabajo, para mejorar la salud de la población y racionalizar y ordenar el uso del sistema sanitario.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/657 ===== ***

Nº de registro: 0657

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

Autores:
CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, BARRIENDO ORTILLES CERES, BERNAL FRANCO MARIA CRISTINA, ARANAZ VILLARTE MIGUEL, PARRILLA GIL MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

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

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

PROBLEMA
Tras un primer contacto con los centros escolares de Calatayud mediante los talleres de RCP para alumnos de educación primaria, se recogieron sugerencias y necesidades formativas en materia de salud de los profesores de los colegios. Estas sugerencias han sido analizadas por parte de un grupo de profesionales, dando lugar a la creación de un grupo de trabajo, que atendiendo a las indicaciones de las "Instrucciones relativas a la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en los centros docentes de la comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, N°119 de 24 de junio de 2015." Han decidido desarrollar unos talleres formativos dirigidos al personal docente de los centros educativos de Educación Infantil y Primaria respondiendo a las necesidades en materia de salud demandadas con el fin de mejorar la calidad de vida de los alumnos con enfermedades crónicas, detectar a tiempo conductas de riesgo o prestar una asistencia de calidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0657

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

en una situación de urgencia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Capacitar a los docentes en la realización de una asistencia sanitaria de calidad ante una situación que requiera una asistencia sanitaria o de urgencia.
- Instaurar unos cauces de comunicación efectivos entre los Centros Educativos de Calatayud y el Centro de Atención Primaria.
- Visibilizar el trabajo de promoción de la salud y actividades en materia de prevención de los profesionales especialistas en medicina y enfermería familiar y comunitaria del Centro de Atención Primaria Calatayud Norte.

MÉTODO

Desde el centro de salud se envía a los 5 colegios una carta informativa presentándoles el proyecto e invitando a los directores de los centros a una reunión con los coordinadores de medicina y enfermería y los responsables del proyecto durante la primera quincena del mes de septiembre. En esta reunión se dará a conocer el desarrollo de las sesiones y se acordará localización, cronología y personal docente asistente. Se han programado otros 3 módulos formativos dirigidos al profesorado, todos ellos siguen la misma metodología, un bloque teórico, uno práctico y uno dedicado a la resolución de conflictos, casos reales y dudas. Toda la información que se presente en el taller, será recogida en una "Guía para la asistencia sanitaria no titulada en centros escolares" que se entregará a todos los colegios al finalizar las sesiones.

INDICADORES

- Nº de profesores de educación infantil que participan en los talleres.
- Nº de profesores de educación primaria que participan en los talleres.
- Nº de profesores que aprueban el test de evaluación de conocimientos.
- Grado de satisfacción y cumplimiento de expectativas de los profesores respecto al tema presentado

DURACIÓN

Los talleres se realizarán durante el 2º y 3º trimestre del curso escolar 2016-2017 una vez concretada la disponibilidad de los colegios y del Centro de Salud.

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 - 2016/0825

1. TÍTULO

FORMACION EN PREVENCION DE CONDUCTAS DE RIESGOPARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, VIOLENCIA DE GENERO Y CONSUMO DE DROGAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA LOPEZ GABAS
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL
BLAZQUEZ GIRON PILAR
UBIDE MARTINEZ MARIA ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se envió una carta informativa a los cinco colegios de Calatayud ofertandoles la formación.
-Solamente respondió el colegio Augusta Bilibilis solicitando formación sobre el acoso escolar.
-El equipo de trabajo, a pesar de que era un tema no ofertado se reunió en diferentes ocasiones para conocer los diferentes protocolos y sobre todo los de la comunidad autonoma, ya que consideró que era una conducta de riesgo.
-Teniendo conocimiento de que dentro del cuerpo de la policia local hay un responsable del acoso escolar, conocido en los colegios, mantuvimos una reunión con el concejal responsable de dicho cuerpo para coordinar criterios y actuaciones.
-Una vez todo coordinado se habló con el colegio para fijar una fecha.La actividad NO se realizó por problemas de calendario del colegio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se cumplió el objetivo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Que en éstas actividades debe de existir implicación por todas las partes.
-No fue un trabajo perdido, porque nosotros mismos aprendimos cosas que desconociamos, pero no se cumplió el objetivo que perseguíamos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/825 ===== ***

Nº de registro: 0825

Título
FORMACION EN PREVENCION DE CONDUCTAS DE RIESGO PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, VIOLENCIA DE GENERO Y CONSUMO DE DROGAS

Autores:
LOPEZ GABAS MARIA LUISA, LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL, BLAZQUEZ GIRON MARIA PILAR, TORCAL CASADO MARIA ROSARIO, UBIDE MARTINEZ MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

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

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

PROBLEMA
GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

Tras un primer contacto con los centros escolares de Calatayud mediante los talleres de RCP para alumnos de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0825

1. TÍTULO

FORMACION EN PREVENCION DE CONDUCTAS DE RIESGOPARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, VIOLENCIA DE GENERO Y CONSUMO DE DROGAS

educación primaria, se recogieron sugerencias y necesidades formativas en materia de salud de los profesores de los colegios. Estas sugerencias han sido analizadas por parte de un grupo de profesionales, dando lugar a la creación de un grupo de trabajo, que atendiendo a las indicaciones de las "Instrucciones relativas a la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en los centros docentes de la comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, N°119 de 24 de junio de 2015." han decidido desarrollar unos talleres formativos dirigidos al personal docente de los centros educativos de Educación Infantil y Primaria. De esta forma se responde a las necesidades en materia de salud demandadas con el fin de mejorar la calidad de vida de los alumnos, detectar a tiempo conductas de riesgo y dar apoyo formativo al profesorado.

RESULTADOS ESPERADOS

- Capacitar a los docentes para detectar conductas de riesgo susceptibles de trastornos de la conducta alimentaria, violencia de género o consumo de drogas.
- Instaurar unos cauces de comunicación efectivos entre los Centros Educativos de Calatayud y el Centro de Atención Primaria.
- Visibilizar el trabajo de promoción de la salud y actividades en materia de prevención de los profesionales especialistas en medicina y enfermería familiar y comunitaria del Centro de Atención Primaria Calatayud Norte.

MÉTODO

Desde el centro de salud se envía a los 5 colegios una carta informativa presentándoles el proyecto e invitando a los directores de los centros a una reunión con los coordinadores de medicina y enfermería y los responsables del proyecto durante la primera quincena del mes de septiembre. En esta reunión se dará a conocer el desarrollo de las sesiones y se acordará localización, cronología y personal docente asistente. Se han programado otros 3 módulos formativos dirigidos al profesorado, todos ellos siguen la misma metodología, un bloque teórico, uno práctico y uno dedicado a la resolución de conflictos, casos reales y dudas. Toda la información que se presente en el taller, será recogida en una "Guía para la asistencia sanitaria no titulada en centros escolares" que se entregará a todos los colegios al finalizar las sesiones.

INDICADORES

- Nº de profesores de educación infantil que participan en los talleres.
- Nº de profesores de educación primaria que participan en los talleres.
- Nº de profesores que aprueban el test de evaluación de conocimientos.
- Grado de satisfacción y cumplimiento de expectativas de los profesores respecto al tema presentado.

DURACIÓN

Las sesiones se van a realizar durante el curso escolar 2016/2017. Se programarán las actividades de forma conjunta entre ambos colectivos para que su desarrollo afecte lo más mínimo al trabajo ordinario de ambos colectivos.

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 - 2016/1165

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ANDRES GARCIA TENORIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUENCA SEBASTIAN MIGUEL
DIEZ ADRADAS NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras solicitar listado de EPOC de nuestro centro realizamos dos sesiones formativas a médicos y enfermeras con el fin de conocer el indicador y su registro.
A mitad de periodo se solicito un avance de resultados.
-La segunda sesion se realizo de recordatorio despues del corte.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido que el 52.8% (Según cuadro de mandos) de los pacientes con EPOC se haya mejorado el registro de éste indicador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las sesiones formativas para aquellos indicadores de nueva implementación consiguen la mejora en sus resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1165 ===== ***

Nº de registro: 1165

Título
MEJORA DEL REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC

Autores:
GARCIA TENORIO ANDRES, CUENCA SEBASTIAN MIGUEL, DIEZ ADRADAS NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

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

Conocidos los datos de la evaluación del año 2016 y viendo el bajo cumplimiento del indicador de registro de síntomas respiratorios en pacientes con EPOC analizamos la situación y se llega a la conclusión que puede ser debido a que el indicador es de nueva inclusión y a un fallo de registro por parte de los profesionales. Por ello nos planteamos que puede ser una acción de mejora para el año 2017.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención al paciente diagnóstico de EPOC.
Mejorar el registro de síntomas respiratorios en el último año en pacientes diagnosticados de EPOC y vistos en consulta en el periodo a analizar.

MÉTODO

Obtener un listado de los pacientes con EPOC de nuestra unidad.
Realizar dos sesiones de formación interna orientada a conseguir un registro de calidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1165

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC

INDICADORES

Numerador- Pacientes con registro de síntomas respiratorios en el último año.
Denominador- Pacientes diagnosticados de EPOC que hayan acudido a consulta en el último año
Evaluación semestral

DURACIÓN

Abril- Mayo-Contactar para conseguir listados fiables de pacientes diagnosticados de EPOC.
Mayo- Reunión para difundir listados
Mayo- 1ª Sesión formativa de registro en OMI de 1 hora de duración- Responsable Andrés Garcia Tenorio.
Junio- Evaluación primer corte
Septiembre-2ª Sesión formativa de registro en Omi de 1 hora de duración-Responsable Andres Garcia Tenorio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1166

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS PACIENTES, DIAGNOSTICADOS DE EPOC, EL REGISTRO ENFERMERO: LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ROSARIO TORCAL CASADO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUENCA SEBASTIAN MIGUEL
BLAZQUEZ GIRON PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se realizó una reunión con el EAP, para explicar donde conseguir un listado de los pacientes diagnosticados de EPOC por cada cupo médico.
- Posteriormente se realizaron dos sesiones formativas de registro en OMI encaminadas a la consecución del objetivo, dirigidas a médicos y enfermeras

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Según datos del cuadro de mandos hemos conseguido mejorar el registro, alcanzando un 59,08%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es fundamental a la hora de mejorar un registro, tener una buena base de datos y sesiones formativas del registro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1166 ===== ***

Nº de registro: 1166

Título
MEJORA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC, EL REGISTRO DEL DIAGNOSTICO ENFERMERO, LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS

Autores:
TORCAL CASADO MARIA ROSARIO, CUENCA SEBASTIAN MIGUEL, BLAZQUEZ GIRON MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

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
Ante los datos de la evaluación del año 2016 y considerando que el diagnóstico enfermero de limpieza ineficaz de las vías aéreas tiene un bajo cumplimiento por falta de registro, nos planteamos como acción de mejora para el año 2017, mejorar este indicador.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la atención al paciente diagnosticado de EPOC
-Mejorar el registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas en pacientes diagnosticados de EPOC y vistos en consulta de enfermería en el último año.

MÉTODO
-Obtener un listado de los pacientes con EPOC de nuestra unidad
-Realizar dos sesiones de formación interna para enfermería orientada a conseguir un registro de calidad.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1166

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS PACIENTES, DIAGNOSTICADOS DE EPOC, EL REGISTRO ENFERMERO: LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS

% de pacientes diagnosticados de EPOC con registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas en el último año.
Evaluación semestral
Fuente de datos-Listados de pacientes con EPOC facilitados por la DAP
Estándar- 60%
Límite inferior 31
Límite superior 100

DURACIÓN

Abril-Mayo- contactar con la DAP para conseguir listados fiables de pacientes diagnosticados de EPOC
Mayo - Reunión para difundir listados
Mayo- 1ª Sesión formativa de registro en OMI de 1h de duracion y Responsable Mª Rosario Torcal Casado.
Junio- Evaluación primer corte.
Septiembre2ª Sesión formativa de registro en OMI de 1h de duracion y Responsable Mª Rosario Torcal Casado.
Diciembre - Finalización del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1167

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA PROFESORES Y ALUMNOS DE LOS CENTROS DOCENTES DE CALATAYUD.(ALUMNOS DE 6º DE PRIMARIA)

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE PONCE LAZARO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABORDA HIGES FATIMA MARIA
SESAM MENDEZ CYNTHIA
ANDREU BERZOSA JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Puesta en contacto con los directores de los colegios ofertandoles el taller.
-Participaron el colegio Augusta Bilibilis y Francisco de Goya.
-Se realizó una charla formativa y un taller práctico para los profesores de los cursos a los que iba dirigido. Formandose trs profesores en el colegio Augusta Bilibilis y dos en el colegio Francisco de Goya.
-En el colegio de Augusta Bilibilis se realizaron tres charlas formativas y tres talleres prácticos dirigidos a escolares de 6º de primaria,formandose 67 niños en grupos de 22-22-23.
-En el colegio Francisco de Goya se realizaron dos charlas formativas y dos talleres prácticos dirigidos a escolares de 6º de primaria, formandose 50 niños en grupos de 25.
-(Maniquies cedidos por la unidad docente)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Participaron el 40% de los colegios de Calatayud.
-De los colegios que participaron se formaron el 100% de los profesores de los cursos a los que iba dirigido el taller y el 99,2% de los niños de 6º de primaria.
-La satisfacción alcanzada en las encuestas fué del 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Es necesaria la educación para la salud en las escuelas para fomentar buenos hábitos y prevenir actitudes no deseadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1167 ===== ***

Nº de registro: 1167

Título
TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA PROFESORES Y ALUMNOS DE LOS CENTROS DOCENTES DE CALATAYUD

Autores:
PONCE LAZARO MARIA JOSE, GARCIA TENORIO ANDRES, BERNAL FRANCO MARIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Hemos recogido las necesidades formativas,mediante encuestas, de los profesores y alumnos de los Colegios de educación primaria de Calatayud, siendo el tema prioritario teoría y práctica sobre RCP básica.
Esta formación se ha ofertado, desde el centro de salud,a todos los colegios de Calatayud.

RESULTADOS ESPERADOS

-Saber detectar y actuar ante una situación de emergencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1167

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA PROFESORES Y ALUMNOS DE LOS CENTROS DOCENTES DE CALATAYUD.(ALUMNOS DE 6º DE PRIMARIA)

- Capacitar a los discentes para detectar una situación candidata de RCP y activar de forma rápida los servicios de urgencias.

MÉTODO

-Realizar una charla formativa, en cada colegio dirigida a profesores .
-realizar un taller práctico por colegio, dirigido a profesores.
-Realizar una charla formativa por colegio y clase de 6º de primaria
-Realizar un taller práctico por colegio y clase de 6º de primaria, con un números de alumnos no superior a 25 niños.
-Todas las charlas y talleres tienen una duración de 50 minutos
Cambios previstos: Aprender a detectar y actuar ante una situación de emergencia por parte de los profesores y el alumnado.

INDICADORES

-% de asistentes que clasifican el curso como satisfactorio (Escala Lickert mayor o igual a tres.)
Estándar 50%
Límite inferior- 35%
Límite superior 100%

-% de Colegios de educación primaria de Calatayud que han participado.

Estándar -50%
Límite inferior-30%
Límite superior-100%
-% de Profesorado que ha participado según colegio

Estándar-30%
Límite Inferior-20%
Límite superior- 100%
-% de Alumnos que han participado según colegio

Estándar-90%
Límite inferior- 70%
Límite superior-100%
-Evaluación en el mes de Junio, al finalizar el curso escolar.
-Fuente de datos: Encuestas y listados de colegios.

DURACIÓN

Las charlas formativas tienen una duración de 15 minutos
Los talleres prácticos tienen un duración de 50 minutos
Las personas responsables son los mismos del proyecto
Inicio-Septiembre 2016
Finalización - Junio 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 - 2016/1739

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A POBLACION PEDIATRICA EN LOS COLEGIOS

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN PEREZ TORNOS
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAYUS ABAD MARIA CRISTINA
MUR ASCASO CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Educacion en los colegios, mediante charlas con ayuda de una presentación en Power- Point.Utilizamos un fantoma y un cepillo para enseñarles a cepillarse correctamente.
En estas charlas les hablamos de todo lo referente a su boca, como cuidarla, la dieta recomendable, intentamos que segun la edad de los niños a la que impartimos la charla sea lo más amena posible.
Cuando se acaba la charla les invitamos a que participen y pregunten si tienen alguna duda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los niños que han venido a la consulta a revisión hemos observado que si han mejorado en su higiene bucal.Observamos que los niños acuden a sus revisiones peirodicamente.
Los padres estan satisfechos, sus hijos lo han contado en casa y parece que estan motivados.
El profesorado que ha estado presente en las charlas ha quedado bastante satisfecho.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es recomendable seguir haciendo educación a los niños que comiencen 1º de primaria.
Al resto de los alumnos seria interesante hacerles un recordatorio.
Es importante que estos niños sigan viniendo a las revisiones, con estas charlas educativas encontramos que se encuentran mucho más motivados.
Los niños no vienen temerosos a la revisión de su boca, ya no le es tan desconocida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1739 ===== ***

Nº de registro: 1739

Título
EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A POBLACION PEDIATRICA EN LOS COLEGIOS

Autores:
PEREZ TORNOS MARIA CARMEN, MUR ASCASO CARLOS, LAYUS ABAD MARIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES BUCALES
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: OBJETIVO PROPIO DE LA USBD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La caries es actualmente la enfermedad infecciosa más frecuente en la infancia, y puede ocasionar graves problemas de salud general. Los diferentes factores etiológicos implicados pueden estar condicionados por los profesionales que asisten al niño y su entorno. Las recomendaciones internacionales, insisten en la importancia de una primera consulta odontológica antes del año de edad, mientras que en España se observa que menos del 30% de los niños de 3 años han visitado alguna vez al dentista (RCOE. 2007).
En nuestra USBD, se observa que muchos niños presentaban una higiene bucal defectuosa (muy mal cepillados), con alto índice de caries.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1739

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A POBLACION PEDIATRICA EN LOS COLEGIOS

El año pasado impartimos sesiones educativas a 620 alumnos en 4 centros de educación primaria a distintos niveles (1º, 4º, 5º y 6º) para potenciar la higiene bucodental a través de actividades educativas lúdicas y prácticas, fomentando la responsabilidad y la autonomía en el cuidado bucal de los escolares. La evaluación de la actividad ha sido positiva y bien valorada por parte de los niños, los profesores y los padres. Se observa un aumento de la demanda de las revisiones periódicas al dentista a petición de los propios niños quienes se lo piden a sus padres.

RESULTADOS ESPERADOS

El programa Educación para la salud Bucodental en la escuela tiene como objetivos que el alumnado:

- Adquiera conocimientos sobre la salud bucodental.
- Adopte actitudes positivas hacia al cuidado bucodental.
- Adquiera habilidades para cuidar su salud bucodental.

MÉTODO

Desde la Dirección de AP se enviará una carta a los Directores de todos los centros escolares de Calatayud, ofertando la actividad.

Elaboración de una presentación power-point, adecuado a la edad de los niños.

Sesiones educativas para la mejora en el cepillado a los niños de los cursos: 1º, 2º y 6º de primaria de los cinco colegios de Calatayud y en el de Educación Especial.

Se utilizará fantoma y cepillo gigante, para la demostración del cepillado correcto (material de la Unidad de Salud Bucodental).

A los niños más pequeños se les entrega un diploma para pintar

INDICADORES

1. Numero de charlas informativas realizadas en el año
2. nº de escolares a los que se les ha impartido las charlas
3. nº de colegios de educación primaria en los que se ha impartido el programa / total colegios de educación primaria
4. Encuesta de satisfacción al profesorado de los colegios
5. Encuesta de hábitos adquiridos de los escolares a los padres

DURACIÓN

La actividad comienza en el primer trimestre de 2017 y finaliza en el segundo trimestre, al finalizar el curso escolar.

Encuesta de satisfacción al profesorado de los colegios

Encuesta de hábitos adquiridos de los escolares a los padres

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0815

1. TÍTULO

FORMACION EN ENFERMEDADES CRONICAS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE PARRILLA GIL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DIEZ ADRADAS NATALIA
ARA LAPLANA MERCEDES
SISAMON MOLINERO PILAR
ANDREU BERZOSA JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Puesta en contacto con los directores de los centros escolares para ofertarles el programa " Salud en la escuela"
-Reunión de los responsables de los centros escolares y los responsables del proyecto para planificar la cronología y localización de las sesiones.
-El colegio Francisco de Goya solicita formación sobre diabetes infantil:pautas de actuación,dirigido a los profesores.
-Se realizó una sesión formativa teorico-páctica de dos horas horas de duración con resolución de conflictos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Se formó el 82% de los profesores, con un índice de satisfacción del 76%, discrepando en el horario de la formación.
-El Test de conocimientos fué superado por el 100% de los asistentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Que es fundamental fomentar la participación intersectorial y responder a las necesidades detectadas en el ámbito de la educación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/815 ===== ***

Nº de registro: 0815

Título
FORMACION EN ENFERMEDADES CRONICAS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

Autores:
PARRILLA GIL MARIA JOSE, DIEZ ADRADAS NATALIA, ARA LAPLANA MERCEDES, SISAMON MOLINERO MARIA PILAR, ANDREU BERZOSA JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS

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

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

PROBLEMA

Tras un primer contacto con los centros escolares de Calatayud mediante los talleres de RCP para alumnos de educación primaria, se recogieron sugerencias y necesidades formativas en materia de salud de los profesores de los colegios. Estas sugerencias han sido analizadas por parte de un grupo de profesionales, dando lugar a la creación de un grupo de trabajo, que atendiendo a las indicaciones de las "Instrucciones relativas a la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en los centros docentes de la comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, N°119 de 24 de junio de 2015." han decidido desarrollar unos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0815

1. TÍTULO

FORMACION EN ENFERMEDADES CRONICAS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

talleres formativos dirigidos al personal docente de los centros educativos de Educación Infantil y Primaria respondiendo a las necesidades en materia de salud demandadas. El fin es mejorar la calidad de vida de los alumnos con enfermedades crónicas, detectar a tiempo conductas de riesgo y prestar una asistencia de calidad en una situación de urgencia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Capacitar a los docentes en la realización de una asistencia sanitaria de calidad a los alumnos que padecen algún tipo de enfermedad crónica o alergia.
- Instaurar unos cauces de comunicación efectivos entre los Centros Educativos de Calatayud y el Centro de Atención Primaria.
- Visibilizar el trabajo de promoción de la salud y actividades en materia de prevención de los profesionales especialistas en medicina y enfermería familiar y comunitaria del Centro de Atención Primaria Calatayud Norte.

MÉTODO

Desde el centro de salud se envía a los 5 colegios una carta informativa presentándoles el proyecto e invitando a los directores de los centros a una reunión con los coordinadores de medicina y enfermería y los responsables del proyecto durante la primera quincena del mes de septiembre. En esta reunión se dará a conocer el desarrollo de las sesiones y se acordará localización, cronología y personal docente asistente. Se han programado otros 3 módulos formativos dirigidos al profesorado, todos ellos siguen la misma metodología, un bloque teórico, uno práctico y uno dedicado a la resolución de conflictos, casos reales y dudas. Toda la información que se presente en el taller, será recogida en una "Guía para la asistencia sanitaria no titulada en centros escolares" que se entregará a todos los colegios al finalizar las sesiones.

INDICADORES

- Nº de profesores de educación infantil que participan en los talleres.
- Nº de profesores de educación primaria que participan en los talleres.
- Nº de profesores que aprueban el test de evaluación de conocimientos.
- Grado de satisfacción y cumplimiento de expectativas de los profesores respecto al tema presentado.

DURACIÓN

Los talleres se van a desarrollar a lo largo del curso escolar 2016/2017. Pactando las sesiones en los periodos de tiempo que menos afecten al desarrollo de las actividades ordinarias de ambos profesionales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1230

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14-18 AÑOS ABSCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE SONIA BERNAD HERNANDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN
CARMANIU TOBAL JORGE
GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA
SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN
ALCAZAR MORTE MARIA JESUS
CHUECA GORMAZ ISABEL
LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DE ORGANIZACION:

- Reunión del grupo de calidad para proponer un proyecto: reunión realizada en 16 de febrero de 2017 a las 14 horas con participación del grupo de calidad del centro de salud.
- Reunión EAP para elegir el proyecto: reunión realizada el 7 de marzo de 2017 a las 14 horas convocada por la coordinadora y con asistencia de los miembros del EAP.
- Consulta con SARES para obtener material: encuestas y presentación tabaco. Consulta realizada por Sonia Bernad mediante correo electrónico, se mantuvieron distintos contactos con Elisa Ferrer el primero de ellos el 21 de marzo 2017.
- Consulta con IACS para seleccionar el consentimiento y valorar los aspectos éticos de una intervención con menores. Acudimos a una reunión presencial Ana Cristina Gálvez y Sonia Bernad con Mónica Torrijo el 6 de abril de 2017 a las 13,30 horas en el CIBA.
- Selección del material audiovisual: proyecto tabacoff del Gobierno de la Rioja, seleccionado por Sonia Bernad durante el mes de abril de 2017.
- Selección del cuestionario según cuestionario ESTUDES 2014, seleccionado y adaptado por Ana Cristina Gálvez y Sonia Bernad durante el mes de abril de 2017.
- Selección del consentimiento informado para padres propuesto por el comité de ética del IACS, adaptado por Sonia Bernad durante el mes de mayo de 2017.
- Obtención de la población según tarjeta sanitaria, datos a 11 de abril de 2017 por secretaria de dirección de AP.
- Elaboración de un folleto informativo propio para entregar a los participantes, realizado por Carmen Solans en durante el mes de mayo de 2017.
- Elaboración de las cartas para enviar a padres y adolescentes, realizado por Sonia Bernad durante el mes de mayo de 2017.

DE COMUNICACION:

- Realizadas dos sesiones formativas e informativas sobre promoción de la salud en general y sobre nuestro proyecto en particular para los miembros del EAP con presentación del material y estructura de la intervención. Una se realizó el 7 de abril y la otra el 15 de junio, ambas a las 14 horas. Fueron convocada por Sonia Bernad con la asistencia del todo el EAP.
- Comunicación con alcaldes y peñas: durante el mes de mayo de 2017. Cada profesional se dirigió al personal perteneciente a cada pueblo.
- Comunicación del proyecto a la Dirección de Atención Primaria de nuestro Sector, por parte de la Coordinadora durante el mes de mayo de 2017.

DE INTERVENCION:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1230

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14-18 AÑOS ABSCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR

- Envío de cartas a adolescentes y sus padres de forma individualizada citándoles para la intervención, durante la primera quincena de junio, según el listado de pacientes de 14 a 18 años por M Carmen Solans y Sonia Bernad.

La primera intervención se realizó entre el 26 de junio y el 7 de julio. Consistió en la cumplimentación de una encuesta previa, una lluvia de ideas sobre los efectos del tabaco, el visionado de la presentación audiovisual específica para adolescentes, un debate posterior y una nueva encuesta para valorar el aprendizaje, la utilidad, su opinión sobre la actividad y sus propuestas para próximos años. Se realizaron 14 sesiones con la participación de todo el EAP salvo la médico del consultorio local de Terrer.

- La Segunda intervención se realizó de forma individual mediante el envío de cartas con la campaña del Ministerio de Sanidad: #nonsmokingchallenge; durante el mes de noviembre. Se realizó entre el 2 y el 17 de noviembre por parte de Sonia Bernad.

DE EVALUACION:

. Análisis de las encuestas cumplimentadas previa y posterior a la intervención: a cargo de Isabel Chueca y Sonia Bernad, durante la primera quincena de diciembre.

. Análisis de los temas propuestos por los adolescentes para próximos años: a cargo de Isabel Chueca y Sonia Bernad, durante la primera quincena de diciembre.

. Opiniones de los profesionales: a cargo de Isabel Chueca y Sonia Bernad, durante la primera quincena de diciembre.

. Comunicación de resultados obtenidos al EAP: previsto 19 de diciembre a las 14h.

DE MATERIALES.

- Encuesta ESTUDES 2014.
- Programa Tabacoff del Gobierno de La Rioja.
- Consentimiento informado según modelo de IACS.
- Folleto de elaboración propia sobre tabaco.
- Material fungible: cartulinas, folios, rotuladores, sobres,
- Aperitivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1: cobertura alcanzada. La cobertura en cuanto a localidades llega al 94,7%, únicamente un MAP no ha colaborado, siendo realizada la actividad por otra compañera si bien por motivos de seguimiento no se ha incluido esta localidad en el cómputo. La cobertura en cuanto a participantes ha llegado al 50,4%.

Indicador 2: porcentaje de adolescentes que cumplimentan la encuesta. El 95% de los participantes ha rellenado la encuesta.

Indicador 3: porcentaje de aprendizaje antes /después de la intervención. Valorado según las respuestas en la encuesta posterior. El 71,7%

VALORACION DEL EAP: los miembros del EAP han mostrado su satisfacción y disposición a participar en nuevas ediciones.

NUEVOS TEMAS: los temas propuestos por los participantes para nuevas ediciones han sido los siguientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1230

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14-18 AÑOS ABSCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR

- Deshabitación tabáquica
- Alcohol.
- Drogas.
- Educación sexual.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Violencia de género.
- Alimentación.
- Cáncer.

PARTICIPACION: Los participantes han colaborado únicamente en la evaluación y la propuesta de temas para próximas intervenciones.

OBJETIVOS Y ASPECTOS NO ALCANZADOS: el objetivo nº4: promover hábitos de vida saludables era poco concreto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La complejidad de organizar y trabajar en temas de promoción de la salud exige la formación de un grupo de trabajo que no se vea afectado por los cambios de personal.

- Hemos de rodearnos de personal con interés en el tema para conseguir implicar a todo el EAP.
- No podemos imponer al personal que no quiera participar su implicación en el proyecto, hay que buscar alternativas para que la población no pierda la oportunidad de mejora de su autonomía en salud.
- Necesitamos más formación en promoción de la salud.
- Necesitamos aumentar nuestro conocimiento de las asociaciones y actividades que realiza la población de nuestra zona.
- Trabajar con adolescentes exige un modo de trabajo distinto para el que tenemos que formarnos, insistiendo más en el aspecto lúdico

7. OBSERVACIONES.

De las 24 localidades que componen nuestro Centro de Salud se ha ofertado la actividad al 100%, en 5 de ellos no había población de 14 - 18 años y en uno de ellos no ha colaborado la médico si bien la actividad se realizó por otra compañera con el apoyo de enfermería. Excluyendo a los que no tenían población de esa edad se ha realizado en el 75% de las poblaciones.

- La participación en los distintos pueblos ha sido muy dispar pero se ha superado el 75% en Belmonte, Mara, Montón, Morata de Jiloca, Munébrega, Villalba y Huérmeda.
- Han participado el 50,4% de la población entre 14 - 18 años. El 43,5 eran hombres y el 54,5 % mujeres, un 2% no contestó. La edad media de los participantes fue de 14,9 años.
- El 32,6% confiesa haber fumado alguna vez, con una edad media de 13,5 años y siendo el principal motivo la curiosidad y la presión del grupo.
- El 71,7% señala que la intervención le ha resultado útil y ha aumentado sus conocimientos.

AUTOVALORACION: la valoración global del proyecto es muy buena. La organización ha sido compleja pero ha sido muy bien acogida por los profesionales con una implicación casi total del EAP y por la población a la que iba dirigida, si bien nos hubiera gustado una participación mayor que esperamos en próximos años ya que continuaremos con los temas propuestos por los adolescentes. Creemos que hemos conseguido los objetivos propuestos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1230

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1230

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14-18 AÑOS ABSCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR

***** ***

Nº de registro: 1230

Título
DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14-18 AÑOS ADSCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR

Autores:
BERNAD HERNANDO SONIA, SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, CARMANIU TOBAL JORGE, GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA, SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, ALCAZAR MORTE MARIA JESUS, CHUECA GORMAZ ISABEL, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención y promoción de hábitos saludables
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los jóvenes entre 14-18 años, son uno de los grupos de población más expuesto al inicio del consumo de sustancias tóxicas, como el tabaco,
Se caracterizan por un escaso contacto con el sistema sanitario (salvo patología aguda) con lo que tenemos poco acceso a ellos.
La adolescencia es una etapa de cambios importantes, físicos y psicológicos (escaso control de la impulsividad) que pueden marcar el resto de su ciclo vital, tienen un escaso sentido de los riesgos que pueden llevar a determinadas conductas y adicciones peligrosas para su salud.
Es necesario conocer la prevalencia del consumo del tabaco en este grupo de población.

RESULTADOS ESPERADOS
1 -CONOCER LA PREVALENCIA DE FUMADORES EN LA POBLACION DE 14-18 AÑOS ADSCRITA A NUESTRO CENTRO DE SALUD.
2 -EVALUAR EL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS RIESGOS DEL CONSUMO DE TABACO PARA LA SALUD.
3 -SENSIBILIZAR Y CONCIENCIAR A LOS JOVENES SOBRE LOS RIESGOS DEL CONSUMO DE TABACO.
4 -PROMOVER HABITOS DE VIDA SALUDABLES.

MÉTODO
1-ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO según cuestionario Estudios 2014 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y selección del material audiovisual
2-Sesión formativa para los miembros del equipo, con presentación del material didáctico (cuestionarios y material audiovisual).
3- Obtención del registro de la población diana de 14 a 18 años: datos de filiación y dirección.
4- Citación por carta de la población de entre 14 y 18 años
5- Cumplimentación de un cuestionario pre-exposición, proyección de una presentación basada en el proyecto tabacoff del Gobierno de La Rioja, recomendado por SARES Zaragoza, cumplimentación cuestionario post-intervención a la población objeto de estudio.
6- Análisis de datos

INDICADORES
1.Cobertura alcanzada: %
Valor a alcanzar 95%
V. Inferior: 80%
V. superior: 100%
Periodo de evaluación: Anual
2.Porcentaje de adolescentes que cumplimentan la encuesta
Valor a alcanzar 100%
V. Inferior: 50%
V. superior: 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1230

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14-18 AÑOS ABSCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR

Periodo de evaluación: Anual
3.Porcentaje de incremento del aprendizaje antes/después de la intervención realizada
Valor a alcanzar 20%
V. Inferior: 5%
V. superior: 20%
Periodo de evaluación: Anual

DURACIÓN

OBTENCION DE LA POBLACION DE 14 - 18 AÑOS: MARZO 2017.
OBTENCION DEL MATERIAL A EXPONER EN LAS SESIONES: MARZO - ABRIL 2017.
1.ELABORACION DE LAS ENCUESTAS PARA LOS PARTICIPANTES: MARZO - ABRIL 2017.
2.REALIZACION DE LAS SESIONES: A DETERMINAR POR CADA PROFESIONAL..
3.ANALISIS DE LAS ENCUESTAS CUMPLIMENTADAS: OCTUBRE 2017
4.COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL EAP: NOVIEMBRE - DICIEMBRE

OBSERVACIONES

Consultado con SARES Zaragoza y el IACS.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1234

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE REVISION DEL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CS CALATAYUD SUR

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN SANZ SEBASTIAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE
CHUECA GORMAZ ISABEL
AVELLANA MARTINEZ CARLOS
CARMANIU TOBAL JORGE
ECHEVARRIA MONTOTO PILAR
GOMEZ SANZ CARMEN
SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- SESIONES CLÍNICAS: dos sesiones convocadas por el responsable del proyecto, dirigidas a todo el personal sanitario del equipo.

La primera: "Procedimiento de revisión del circuito de mantenimiento de material y aparataje de la sala de urgencias del CS Calatayud Sur" realizada el día 7 de abril de 2017.

La segunda: "Organización del material de curas y medicación en el CS de Calatayud Sur" realizada el 10 de mayo de 2017.

El espacio físico utilizado fue la misma sala de urgencias para poder mostrar la medicación del carro de paradas, el maletín, el aparataje y la documentación (hoja rueda mensual, hoja de registro y libro de incidencias) que se iba a utilizar.

El recurso utilizado fue además de lo anterior un documento power-point..

2- "RUEDA MENSUAL DE REVISIÓN DE EQUIPAMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS: "Rueda de revisiones de Atención Continuada" elaborada en febrero y modificada en marzo para solventar algunas deficiencias encontradas.

3 -"HOJA DE REGISTRO DE RUEDA DE REVISIONES" creada en febrero de 2017, debe de ser firmada diariamente por el médico y enfermero responsables de la jornada de atención continuada, y en el caso de que se produjera alguna incidencia, tiene que indicarse con un aspa (x) en el apartado de observaciones, para posteriormente ser recogida y expresada en el cuaderno de incidencias.

4-"CUADERNO DE INCIDENCIAS": se realizó como el resto de los documentos en febrero. Este cuaderno, consta de varias hojas de registro y en cada una de ellas tres apartados: uno para escribir la incidencia, otro con las acciones realizadas para su resolución y el tercer apartado para la firma de los responsables de la jornada. No es de uso diario, únicamente deben de anotarse las incidencias si las hubiera (por ejemplo y frecuentemente medicamentos caducados o de próxima caducidad, falta o deficiencia de material, pero también cualquier otra incidencia ocurrida durante la jornada).

5- Para las incidencias registradas que no han sido resueltas en el momento, se han nombrado tres responsables (Carmen Sanz, M^a José Lafuente y Ascensión Alonso), que deben de revisar mensualmente el cuaderno y realizar las actuaciones pertinentes.

Esta pregunta es obligatoria.

6. RESULTADOS ALCANZADOS

- Todos los profesionales del equipo, incluidos los que no hacen jornada de Atención Continuada, han sido informados y conocen el procedimiento. El porcentaje de asistencia a las sesiones fue: 70% a la primera y 75% a la segunda (valor inferior 60%, superior 100%), los profesionales que no pudieron asistir a las sesiones han sido informados y se les ha mostrado la documentación. A los profesionales incorporados recientemente también se les ha enseñado el nuevo procedimiento.

- Aunque el procedimiento se inició en enero de 2017, su puesta en marcha, con el registro de rueda de revisión mediante firma nominal se estableció el día 1 de abril.

- El porcentaje de cumplimiento de rueda ha sido: abril 86%; mayo 78,65%; junio 82%; julio 85%; agosto 82%; septiembre 85%; octubre 100%; noviembre 90%; diciembre: 82% (límite inferior 80%, superior 100%)

- El porcentaje de incidencias detectadas resueltas es del 97% (límite inferior 80%, límite superior 100%), las únicas incidencias que no han podido ser resueltas son las que resultan de falta de reposición de material / falta de suministros, una vez solicitado en el peticionario o por suministro menor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1234

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE REVISION DEL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CS CALATAYUD SUR

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todos los profesionales del equipo, incluidos los que no hacen jornada de Atención Continuada, han sido informados y conocen el procedimiento. El porcentaje de asistencia a las sesiones fue: 70% a la primera y 75% a la segunda (valor inferior 60%, superior 100%), los profesionales que no pudieron asistir a las sesiones han sido informados y se les ha mostrado la documentación. A los profesionales incorporados recientemente también se les ha enseñado el nuevo procedimiento.

- Aunque el procedimiento se inició en enero de 2017, su puesta en marcha, con el registro de rueda de revisión mediante firma nominal se estableció el día 1 de abril.

- El porcentaje de cumplimiento de rueda ha sido: abril 86%; mayo 78,65%; junio 82%; julio 85%; agosto 82%; septiembre 85%; octubre 100%; noviembre 90%; diciembre: 82% (límite inferior 80%, superior 100%)

- El porcentaje de incidencias detectadas resueltas es del 97% (límite inferior 80%, límite superior 100%), las únicas incidencias que no han podido ser resueltas son las que resultan de falta de reposición de material / falta de suministros, una vez solicitado en el pepitorio o por suministro menor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestro equipo ha valorado de forma positiva el proyecto, ya que se trata de un procedimiento fundamental e imprescindible para organizar y mantener el equipamiento utilizado en la atención continuada. La implantación del mismo ha supuesto un esfuerzo por parte de todos los profesionales implicados, sin embargo, poco a poco nos hemos ido familiarizando, conociéndolo perfectamente en la actualidad.

Nos ha servido para conocer y mantener de forma adecuada el material y aparataje, además para control adecuado y pertinente de la medicación.

Al revisar mensualmente las caducidades según la rueda y el estado de los aparatos trabajamos para mejorar la seguridad clínica de nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

El servicio de urgencias del CS de Calatayud Sur fue inaugurado en el año 2016, diferenciando los servicios de urgencias de los E.A.P Calatayud Norte y Calatayud Sur, anteriormente unificados. Por este motivo decidimos llevar a cabo este proyecto, sentimos que era necesario y pertinente ya que teníamos que reestructurar un nuevo servicio, adecuando los recursos disponibles a sus necesidades. Hemos cumplido todos los objetivos planteados, el resultado de nuestros indicadores están dentro del estándar marcado. El 3% de incidencias no resueltas, son debidas a causas ajenas a nuestro equipo, ya que su suministro depende de otros servicios

Tenemos previsto continuar en el año 2018 con el mismo proyecto.

También tenemos intención de presentar un nuevo proyecto de: solicitud, organización y distribución de medicación y material de curas en el almacén de urgencias, propuesto por varios compañeros de nuestro equipo con la intención de ser eficientes en el empleo de medicamentos y evitar caducidades innecesarias.

Por último agradecer la colaboración de Pilar Bernal y M^a Carmen Solans (responsables de almacén) ya que muchas de las incidencias han sido resueltas por ellas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1234 ===== ***

Nº de registro: 1234

Título
PROCEDIMIENTO DE REVISION DEL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CS CALATAYUD SUR

Autores:
SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE, CHUECA GORMAZ ISABEL, AVELLANA MARTINEZ CARLOS, CARMANIU TOBAL JORGE, ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR, GOMEZ SANZ CARMEN, SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1234

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE REVISION DEL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CS CALATAYUD SUR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las nuevas instalaciones del Servicio de Urgencias del CS de Calatayud Sur se inauguraron en el año 2016, diferenciando los servicios de urgencia de los EAP Calatayud Norte y Sur.
El servicio de urgencias de un CS es parte importante en el funcionamiento del Equipo, porque asiste tanto urgencias durante la jornada ordinaria, atención continuada prestada desde las 17 horas a las 8 horas del día siguiente y 24 horas en festivos y fines de semana.
Al tratarse de un equipo integrado por un gran número de profesionales, que ejercen la mayor parte de su jornada en consultorios locales, deben de estar familiarizados con la organización y equipamiento de la sala de urgencias, para poder realizar de forma eficiente la asistencia urgente.

RESULTADOS ESPERADOS

MANTENER ACTUALIZADO EL EQUIPAMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS

- 1- Difundir a todos los profesionales del EAP el circuito de asistencia en urgencias establecido.
- 2- Informar a todos los profesionales de EAP, del equipamiento y distribución del material disponible en la sala de urgencias.
- 3- Realizar inventario de material de electromedicina, listado de medicación y material fungible con stock mínimo en carro de paradas (anexo 1) y maletín de urgencias (anexo 2), documentación (anexo 3)
- 4- Establecer una rueda de revisiones de Atención Continuada y su registro correspondiente.
- 5- Elaborar un libro de registro de incidencias para la reposición y mantenimiento del material de urgencias.
- 6- Cumplimentar las incidencias detectadas y actuación realizada en el libro de incidencias de atención continuada.
- 7- Establecer un ciclo de mejora de las deficiencias observadas

MÉTODO

- 2 sesiones clínicas:
primera sesión: informativa en la sala de urgencias del material disponible (consulta urgencias y maletín)
segunda sesión : circuito del usuario y rueda de revisiones de atención continuada y registro de incidencias.
- Elaborar rueda mensual de revisión de equipamiento de sala de urgencias : Rueda de Revisiones de Atención Continuada (anexo 4)
- Realizar la Hoja de registro de la rueda de revisiones de AC (Anexo 5)
- Cumplimentación diaria de la hoja de registro de revisiones, por el médico y enfermero responsables de la jornada de atención continuada.
- Creación de un cuaderno de registro de incidencias para reposición de medicación y material . (anexo 6)
- Registro diario de las incidencias detectadas y actuación realizada.

INDICADORES

INDICADOR 1: porcentaje de asistencia a las sesiones formativas: valores a alcanzar: 100%
valor inferior 60%, valor superior 100%
Periodo de evaluación anual
INDICADOR 2: se ha creado una rueda de revisiones
Valor a alcanzar: Si
Periodo evaluación: anual
INDICADOR 3: se ha elaborado una hoja de registro rotatoria
Valor a alcanzar: Si
Periodo evaluación: anual
OBJETIVO 4: % de cumplimentación de la rueda de revisión de atención continuada mediante firma nominal
Valor a alcanzar: 100%
V. Inferior: 80% - V. Superior: 100%
Periodo evaluación: anual
INDICADOR 5: Se ha elaborado un sistema de registro de incidencias
Valor a alcanzar: Si
Periodo evaluación: anual
INDICADOR 6: %de incidencias detectadas resueltas
Valor a alcanzar: 100%
V. Inferior: 80% - V. Superior: 100%
Periodo evaluación: anual

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1234

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE REVISION DEL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CS CALATAYUD SUR

1º sesión clínica informativa: enero 2017
2º sesión clínica informativa: febrero 2017
Creación rueda de revisión: enero 2017
Elaboración de hoja de registro de rueda : febrero 2017
Inicio de registro de rueda de revisión : febrero 2017
Elaboración de libro de registro de incidencias para reposición o mantenimiento de material de urgencias: febrero 2017
Inventario de electro- medicina y equipamiento sala de urgencias y documentación, : enero 2017
Inventario de medicación y material fungible de carro de paradas y maletín de urgencias, : enero 2017
Reposición medicación y material: 1 de enero al 31 de diciembre 2017
Revisión y evaluación de incidencias no urgentes: 2 quincena de abril, agosto y 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 - 2016/1235

1. TÍTULO

GESTIONAR DE FORMA EFICIENTE EL MATERIAL DE AUTOANÁLISIS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS DE ACUERDO CON SUS NECESIDADES Y EVIDENCIA CIENTÍFICA

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA ASCENSION ALONSO BENEDI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN
GRANERO BERLANGA NICOLAS
BERNAL GARCIA PILAR
VILLACAMPA CALLEJA MARIA ANGELES
AZNAR RICO MARIA ANTONIA
MOROS SANZ ESTHER
BARANDA JEREZ MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. ELABORACIÓN DE UN LISTADO ACTUALIZADO DE PACIENTES DIABÉTICOS QUE PRECISAN TIRAS REACTIVAS POR CUPO/PROFESIONAL. EMPEZADO EN MAYO DEL 2017 Y FINALIZADO EN OCTUBRE DE 2017 (EN CONTINUA EVALUACIÓN). ELABORADO EN EXCEL. (TOTAL DE PACIENTES DE CALATAYUD SUR Y POR PROFESIONAL/CUPO).
2. ADECUACIÓN DE TIRAS A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE EN DEPENDENCIA DE SU TRATAMIENTO DE ACUERDO A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y/O PROTOCOLOS VIGENTES EN NUESTRO SECTOR.
3. COMUNICACIÓN AL EAP EN REUNIÓN EN LA PRIMERA QUINCENA DE ABRIL DE 2017.
4. COMUNICACIÓN Y SUPERVISACIÓN PARA SU APROBACIÓN POR FARMACIA DE AP DEL SECTOR.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. INDICADOR 1: N° DE PACIENTES QUE NECESITAN TIRAS REACTIVAS SEGÚN EL PROTOCOLO ESTABLECIDO. OCTUBRE 2017: 100%
2. INDICADOR 2: % DE SOLICITUDES CUMPLIMENTADAS POR LOS PROFESIONALES SEGÚN LA INSTRUCCIÓN RECOMENDADA. OCTUBRE 2017: 100% (EN EVALUACIÓN CONTINUA)
3. INDICADOR 3: % DE CONCORDANCIA ALCANZADA ENTRE LA INDICACIÓN Y EL TRATAMIENTO ESTABLECIDO. OCTUBRE 2017: 100%
4. INDICADOR 4: % DE ASISTENCIA A LA REUNIÓN. OCTUBRE 2017: 70%.
5. INDICADOR 5: COMUNICACIÓN PARA SU APROBACIÓN POR FARMACIA AP DEL SECTOR DE CALATAYUD. OCTUBRE 2017: 100%
6. INDICADOR 6: COMUNICACIÓN A LOS PACIENTES DE FORMA INDIVIDUAL. OCTUBRE 2017: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DESDE EL EQUIPO DE AP DE CALATAYUD SUR, CON ESTE PROYECTO, HEMOS APRENDIDO A GESTIONAR DE FORMA EFICIENTE EL MATERIAL DE AUTOANÁLISIS EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS. ASÍ PODEMOS, MES A MES, AJUSTAR NUESTRO PETITORIO EN SERPA Y HACER UN BUEN USO DEL MATERIAL.
ES UN PROYECTO QUE ESTÁ CONTINUAMENTE ACTIVO YA QUE SE VAN AÑADIENDO PACIENTES CON NUEVO DIAGNÓSTICO DE DIABETES Y NECESIDAD DE MATERIAL DE AUTOANÁLISIS, PACIENTES QUE NECESITAN UN CAMBIO EN EL NÚMERO DE TIRAS POR CAMBIO DE TRATAMIENTO Y EXCLUSIÓN DE PACIENTES DEL LISTADO POR EXITUS.
CON EL LISTADO ELABORADO POR CUPO/PROFESIONAL, CADA PROFESIONAL CONOCE LOS PACIENTES DIABÉTICOS DE SU CUPO QUE PRECISAN DE MATERIAL DE AUTOANÁLISIS.

7. OBSERVACIONES.

ES NECESARIA LA IMPLICACIÓN DE TODO EL EAP. JUNTO CON LA DESIGNACIÓN DE UN RESPONSABLE.
PROYECTO EN CONTINUO DESARROLLO Y ACTUALIZACIÓN.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1235 ===== ***

Nº de registro: 1235

Título
GESTIONAR DE FORMA EFICIENTE EL MATERIAL DE AUTOANÁLISIS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS DE ACUERDO CON SUS NECESIDADES Y EVIDENCIA CIENTÍFICA

Autores:
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION, SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, GRANERO BERLANGA NICOLAS, BERNAL GARCIA PILAR, VILLACAMPA CALLEJA MARIA ANGELES, AZNAR RICO MARIA ANTONIA, MOROS SANZ ESTHER, BARANDA JEREZ MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1235

1. TÍTULO

GESTIONAR DE FORMA EFICIENTE EL MATERIAL DE AUTOANÁLISIS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS DE ACUERDO CON SUS NECESIDADES Y EVIDENCIA CIENTÍFICA

Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

Desde hace tiempo se ha observado en nuestro centro un desajuste entre el número de tiras disponibles y las demandadas por nuestros pacientes.
Detectamos la necesidad de mantener actualizado el sistema de registro de nuestros pacientes, y adecuar la gestión del material a las necesidades reales en cuanto a indicaciones y número de tiras.
Adaptándonos a los nuevos avances terapéuticos, conforme a la nueva evidencia científica.

RESULTADOS ESPERADOS

Gestionar eficientemente el material de autoanálisis de los pacientes diabéticos.

MÉTODO

- Elaborar un listado actualizado de pacientes diabéticos que precisan tiras reactivas por cupo/ profesional.
- Adecuar el número de tiras a las necesidades del paciente en dependencia de su tratamiento de acuerdo a la evidencia científica y/o protocolos vigentes en nuestro sector.
- Adaptar el petitorio mensual a las necesidades reales del Centro de Salud Calatayud Sur.
- Comunicación al EAP en reunión en la primera quincena de abril de 2017.
- Comunicación y supervisión para su aprobación por farmacia de AP del sector
- Comunicación a los pacientes de forma individual en consulta programada

INDICADORES

INDICADOR 1: N° de pacientes que necesitan tiras reactivas según protocolo establecido
Valor alcanzar: >90%
L. Superior: 100%
L. Inferior: 80%
Periodo de evaluación anual
INDICADOR 2: % solicitudes cumplimentadas por los profesionales según la instrucción recomendada
Valor alcanzar: >90%
L. Superior: 100%
L. Inferior: 80%
Periodo de evaluación anual
INDICADOR 3: % de concordancia alcanzada entre la indicación y el tratamiento establecido
Valor alcanzar: > 95%
L. Superior: 100%
L. inferior :85%
Periodo de evaluación anual
INDICADOR 4: % de asistencia a la reunion
Valor alcanzar: 100%
L. Superior: 100%
L. inferior :60%
Periodo de evaluación: abril 2017
INDICADOR 5: se ha comunicado para su aprobación por Farmacia AP sel sector Calatayud
Valor a alcanzar: SI
Periodo de evaluación: anual
INDICADOR 6: se ha comunicado a los pacientes de forma individual
Valor a alcanzar 100%
L. Superior: 100%
L. inferior :80%
Periodo de evaluación anual

DURACIÓN

- Elaborar un listado actualizado de pacientes diabéticos que precisan tiras reactivas por cupo/ profesional: Abril 2017
- Adecuar el número de tiras a las necesidades del paciente en dependencia de su tratamiento de acuerdo a la evidencia científica y/o protocolos vigentes en nuestro sector: De mayo a diciembre 2017
- Adaptar el petitorio mensual a las necesidades reales del Centro de Salud Calatayud Sur: mayo a diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1235

1. TÍTULO

GESTIONAR DE FORMA EFICIENTE EL MATERIAL DE AUTOANALISIS DE LOS PACIENTES DIABETICOS DE ACUERDO CON SUS NECESIDADES Y EVIDENCIA CIENTIFICA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1245

1. TÍTULO

IMPLANTACION UTILIZACION MAPA EN EL C.S. CALATAYUD SUR

Nº de registro: 1245

Título
IMPLANTACION UTILIZACION MAPA EN EL C.S. CALATAYUD SUR

Autores:
GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA, BERNAD HERNANDO SONIA, DIGON SANMARTIN LUIS, BARRIENDO ORTILLES CERES, ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR, CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, LAURA SANMARTIN FLORENZA, ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

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 PA MEDIDA EN CONSULTA CONLLEVA UNA RELACIÓN CONTINUA E INDEPENDIENTE ENTRE LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES CV GRAVES: ICTUS, IAM, MUERTE SÚBITA, ENFERMEDAD RENAL TERMINAL, IC Y ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA ESTO ES CIERTO PARA TODOS LOS GRUPOS DE EDAD Y TODOS LOS GRUPOS ÉTNICOS.
SE HA OBSERVADO TAMBIÉN UNA RELACIÓN CONTINUA ENTRE LAS COMPLICACIONES Y LOS VALORES DE PA MEDIDOS FUERA DE LA CONSULTA AMPA Y MAPA.
SE HA DEMOSTRADO DE FORMA CONSISTENTE QUE EL PROMEDIO DE LA PA DE 24H TIENE UNA RELACIÓN MÁS ESTRECHA CON LAS COMPLICACIONES MÓRBIDAS Y MORTALES QUE LA PA MEDIDA EN LA CONSULTA.

RESULTADOS ESPERADOS
INTRODUCIR UNA NUEVA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA PARA EL CONTROL DE LOS FRCV EN NUESTRO CENTRO DE SALUD.
MEJORAR EL DIAGNÓSTICO DE HTA EN LOS USUARIOS DE NUESTRO CENTRO: CONFIRMAR-DESCARTAR HTA EN PACIENTES CON DUDAS DIAGNÓSTICAS: FENOMENO BATA BLANCA, HTA ENMASCARADA,HTA LABIL.
IDENTIFICAR LOS PACIENTES CON PERFIL DE MAPA CON MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR, A FIN DE PREVENIR EVENTOS CARDIOVASCULARES FUTUROS.

MÉTODO
DOS SESIONES CLÍNICAS FORMATIVAS EN EL C.SALUD CON MATERIAL ESPECIFICO ELABORADO PARA LOS MIEMBROS DEL EAP:
REALIZADAS LOS DÍAS 8 Y 22 DE MARZO DEL 2017.
CREACIÓN DE UNA AGENDA PARA LA CITACIÓN DE LOS PACIENTES DE TODOS NUESTROS CUPOS.
ELABORACIÓN DE UN DOCUMENTO PARA EXPLICAR EN QUE CONSISTE LA PRUEBA Y COMO DEBE CUIDARSE EL APARATO DURANTE SU APLICACIÓN, QUE SE ENTREGARA A LOS PACIENTES ANTES DE SU COLOCACIÓN.
EN CASO DE TENER ALGÚN PROBLEMA CON EL USO DEL MONITOR DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA SE DAN UNOS TELÉFONOS DE CONTACTO PARA LA ACLARACIÓN Y RESOLUCIÓN DE LAS DUDAS Y PROBLEMAS QUE PUEDAN SURGIR.
CIRCUITO MAPA
CITACIÓN AGENDA DEL PACIENTE.
ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN INFORMATIVA CON TELÉFONOS DE CONTACTO PARA LA RESOLUCIÓN DE DUDAS.
COLOCACIÓN DEL MONITOR
RETIRADA DEL MONITOR A LAS 24H.
REALIZAR FORMACIÓN CONTINUADA CON LOS MIEMBROS DEL EAP MEDIANTE PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS Y EXPOSICIÓN DE LAS ACTUACIONES CLÍNICAS, TANTO DIAGNÓSTICAS COMO TERAPÉUTICAS, QUE SE HAYAN PODIDO DERIVAR DE NUESTROS ESTUDIOS.

INDICADORES
PARTICIPACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EAP EN LAS SESIONES FORMATIVAS:AL MENOS UN 70% DE LOS MIEMBROS DEL EAP .
FORMACIÓN PRÁCTICA DE LOS MIEMBROS DEL EAP: AL MENOS UN 40%.
OBJETIVO Nº 1: INTRODUCIR UNA NUEVA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA PARA EL CONTROL DE LOS FRCV EN NUESTRO CENTRO DE SALUD.
INDICADOR 1: % de profesionales que han utilizado la MAPA en el último año
Valor a alcanzar:100%
L.I:80%
LS:100%

INDICADOR 2: % de pacientes diagnosticados de HTA a los que se les ha realizado un MAPA en el último año
Valor a alcanzar: 5%
L.I:3%
LS:5%

OBJETIVO Nº 2: MEJORAR EL DIAGNÓSTICO DE HTA EN LOS USUARIOS DE NUESTRO CENTRO: CONFIRMAR-DESCARTAR HTA EN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1245

1. TÍTULO

IMPLANTACION UTILIZACION MAPA EN EL C.S. CALATAYUD SUR

PACIENTES CON DUDAS DIAGNÓSTICAS: FENOMENO BATA BLANCA, HTA ENMASCARADA, HTA LABIL.

INDICADOR 1: % de pacientes hipertensos en los que, mediante MAPA, se descarta el diagnóstico de HTA en el último año

Valor a alcanzar:5%

L.I:0%

LS:100%

INDICADOR 2: % de pacientes hipertensos diagnosticados de HTA de BB en el último año

Valor a alcanzar:5%

L.I:0%

LS:100%

INDICADOR 3: % de pacientes hipertensos diagnosticados de HTA enmascarada en el último año

Valor a alcanzar:1%

L.I:0%

L.S:48%

INDICADOR 4: % de pacientes hipertensos diagnosticados de HTA lábil en el último año

Valor a alcanzar:2%

L.I:2%

L.S:5%

OBJETIVO N° 3: IDENTIFICAR LOS PACIENTES CON PERFIL DE MAPA CON MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR, A FIN DE PREVENIR EVENTOS CARDIOVASCULARES FUTUROS.

INDICADOR 1: % de pacientes hipertensos diagnosticados en los que, mediante MAPA, se les detecte un RCV elevado en el último año

Valor a alcanzar:40%

L.I:40%

L.S:60%

INDICADOR 2: % de pacientes hipertensos tipo "Risser" diagnosticados mediante MAPA en el último año

Valor a alcanzar:5%

L.I:1%

L.S:9%

INDICADOR 3: % de pacientes hipertensos tipo "non dipper" diagnosticados mediante MAPA en el último año

Valor a alcanzar:30%

L.I:25%

L.S:50%

INDICADOR 4: % de pacientes hipertensos tipo "dipper extremo" diagnosticados mediante MAPA en el último año

Valor a alcanzar:1%

L.I:1%

L.S:2%

DURACIÓN

MARZO DEL 2017: CREACIÓN DE UNA AGENDA PARA LA CITACIÓN DE LOS PACIENTES.

SESIONES CLÍNICAS FORMATIVAS PARA EL APRENDIZAJE DE LA TECNICA PARA MEDICOS Y DUES: 8 Y 22 DE MARZO 2017.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DICIEMBRE 2017.

REALIZAR FORMACIÓN CONTINUADA CON LOS MIEMBROS DEL EAP MEDIANTE PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS Y EXPOSICIÓN DE LAS ACTUACIONES CLÍNICAS, TANTO DIAGNÓSTICAS COMO TERAPEÚTICAS, QUE SE HAYAN PODIDO DERIVAR DE NUESTROS ESTUDIOS:

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0821

1. TÍTULO

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD EN DAROCA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL CASTAÑO PRIETO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RODRIGUEZ MIJANGOS IDOIA
CUADRADO GONZALEZ AINOA
IBÁÑEZ JULIAN MARIA PILAR
BES GIMENEZ ANA VICTORIA
PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

CHARLAS/TALLERES SOBRE: `REVENCIÓN DROGADICIÓN E HIGIENE ALIMENTARIA A LOS CURSOS 1º, 2º, 3º Y 4º DE LA ESO DEL IES DAROCA
Y CHARLA SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL A 4º DE ESO.
EN TOTAL SE DIERON A 84 ALUMNOS DE LOS 4 CURSOS.
SE DIERON UN TOTAL DE 5 CHARLAS.
TALLER DE RCP BASICA A LKOS ALUMNOS DE 3º Y 4º DE ESO
CHARLAS EN LA RADIO COMARCAL DE DAROCA DE E DUCACION SANITARIA SOBRE VACUNACION ANTIGRIPAL Y ALERGIAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

TRAS LA AVLORACION DE LAS ENCUESTAS DE SASTIFACCION SE HAN OBTENIDO UNS RESULTADOS MUY SASTIFACTORIOS EN RELACION AL INTERES DESPERTADO EL APRENDIZAJE DE CUESTIONES RELACIONADAS CON LA MATERIA IMPARTIDA. LA MEDIA DE SASTIFACCION ESTA SOBRE 80/90 %. LA VALORACION GLOBAL DE TODAS AS ACTIVIDADES ESTA EN UN 80%.
AUNQUE HAY VARIACIONES SEGUN CURSOS, COMO SE EXPLICA EN OBSERVACIONES, ESAS VALORACIONES ESTAN HECHAS POR LOS PROFESORES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

TRAS LA VALORACION CREEMOS OPORTUNO CONTINUAR CON LAS CHARLAS EN INSTITUTO
DEBERIAMOS CONCRETAR CON EL PROFESORADO NUEVOS TEMAS A TRATAR QUE CONSIDEREMOS OPORTUNOS PARA EL ALUMNADO.

7. OBSERVACIONES.

Por cursos podemos concluir lo siguiente:

- En 1º de la ESO, han sido un éxito las dos charlas impartidas.
- En 2º de la ESO, se mantiene el interés en Drogodependencias pero baja en Alimentación
- En 3º ESO, baja mucho el interés, sobre todo en Drogodependencias.
- En 4º de la ESO, baja el interés en las tres Charlas.

Creemos que hay un proceso de habituación y desensibilización a medida que subimos de curso.
LOS PROFESORES PIENSAN QUE SE DEBERIAN REALIZAR AÑO SI Y AÑO NO, INTERCALANDO OTROS TEMAS, QUE SE DEBEN ESTUDIAR CONJUNTAMENTE.

SE DISPONEN DE TODAS LAS ENCUESTAS DE SASTIFACCION ARCHIVOS Y GRAFICOS, PARA SU ESTUDIO..

*** ===== Resumen del proyecto 2016/821 ===== ***

Nº de registro: 0821

Título
PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD. CS DAROCA

Autores:
CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL, RODRIGUEZ MIJANGOS IDOIA, CUADRADO GONZALEZ AINOA, LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA, IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR, SIMON APARICIO MARIA PAZ, BES GIMENEZ ANA VICTORIA, PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educ Sexual, Prev Accidentes en ancianos, etc.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0821

1. TÍTULO

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD EN DAROCA

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

PROBLEMA

La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda que presentaba la población de Daroca por continuar con el Programa de Educación para la Salud iniciado en 2016. Como la intervención comunitaria fue muy positiva vemos la necesidad de continuar realizando esta promoción y educación para la salud a nivel de la comunidad añadiendo la intervención en una residencia de ancianos de Daroca.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el nivel de salud de la población de Daroca al realizar una intervención comunitaria interdisciplinar. Como objetivos específicos:
Promover desde el Centro de Salud la participación activa de otros sectores de la Sociedad. Crear un programa participativo y multidisciplinar.
Diseñar actividades comunitarias estructuradas que puedan perdurar en el tiempo.
Evaluar tanto el proyecto en general como cada una de las actividades concretas desarrolladas.
Transmitir a la población información sanitaria capacitándola para optar por comportamientos más saludables y fomentar el autocuidado.
Conocer actitudes y expectativas de los profesionales del Centro de Salud sobre la realización de Actividades Comunitarias.

MÉTODO

Las medidas previstas a realizar son:
"El paseo saludable ", llevado a cabo los lunes por personal del Centro de Salud.
Colaboración con el IES de Daroca impartiendo charlas de Educación para la Salud por parte del Equipo Multidisciplinar. Los temas a tratar son: 1.- Reanimación CardioPulmonar Básica y Avanzada. 2.- Alimentación, Nutrición. Alteración en la conducta alimentaria. 3.- Hábitos de vida saludables. Prevención de Alcoholismo, Drogadicción, etc. 4.- Sexualidad y Anticoncepción.
Colaboración con la Residencia de Ancianos de Daroca impartiendo las sesiones de: 1.- Prevención de Accidentes en Ancianos. 2.- Prevención de riesgos laborales en los cuidadores.

INDICADORES

1.- Número de sesiones impartidas en IES de Daroca durante el curso 2017.
2.- Porcentaje de satisfacción de los asistentes a las sesiones. Se facilitará una encuesta de satisfacción (tanto en el IES de Daroca como en la Residencia de Ancianos).

DURACIÓN

Fecha inicio: Enero 2017
Fecha finalización: 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: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0821

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN EDAD INFANTIL Y ADOLESCENCIA (COLEGIO E INSTITUTO DAROCA)

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PAZ SIMON APARICIO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DAROCA
· Localidad DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL
BES FRANCO ANGEL
RODRIGUEZ MIJANGOS IDOIA
CUADRADO GONZALEZ AINOA
MORANT PABLO AITANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Charlas y talleres prácticos sobre alimentacion
2. Taller de primeros auxilios
3. Charla sobre educación sexual y anticoncepción.
4. Charla y taller sobre drogadicción y alcoholismo

Se realizará un test pre y post charla y taller de 10 preguntas.

El objetivo es lograr que en el test post charla haya un aumento en las respuestas correctas de un 75% con respecto al test pre charla.

Se pasará una encuesta de satisfaccion a los alumnos y al profesorado con la intención de lograr unos resultados de satisfacción del 80%

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Charlas y talleres prácticos sobre alimentación: Resultados pre-taller 63% de respuestas acertadas. Post-taller 81% de respuestas acertadas.
2. Taller de primeros auxilios: Pre-taller 38%, Post-taller 88%
3. Taller de salud buco-dental: Pre-taller 50%, Post-taller 90%
4. Charla y taller sobre drogadicción y alcoholismo: Pre-taller 64%, Post-taller 87%
Encuesta de satisfacción del profesorado: 91%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Buena aceptación de charlas y talleres por parte del profesorado y alumnos, considerando actividades prácticas y útiles; constatándose mejoría acerca de conocimientos en las diferentes encuestas realizadas siendo el taller de primeros auxilios uno de los más prácticos y útil como método inicial de acercamiento a la atención inicial ante una emergencia/urgencia.

Vista su buena aceptación, eficiencia y práctica durante los años que se ha realizado se deja como finalizado e incluido en la cartera de servicios como una actividad comunitaria a realizar a todos los cursos escolares. El año próximo se introducirá como nuevo taller las adicciones y dependencia a las nuevas tecnologías.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/821 ===== ***

Nº de registro: 0821

Título
PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD. CS DAROCA

Autores:
CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL, RODRIGUEZ MIJANGOS IDOIA, CUADRADO GONZALEZ AINOA, LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA, IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR, SIMON APARICIO MARIA PAZ, BES GIMENEZ ANA VICTORIA, PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educ Sexual, Prev Accidentes en ancianos, etc.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0821

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN EDAD INFANTIL Y ADOLESCENCIA (COLEGIO E INSTITUTO DAROCA)

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

PROBLEMA

La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda que presentaba la población de Daroca por continuar con el Programa de Educación para la Salud iniciado en 2016. Como la intervención comunitaria fue muy positiva vemos la necesidad de continuar realizando esta promoción y educación para la salud a nivel de la comunidad añadiendo la intervención en una residencia de ancianos de Daroca.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el nivel de salud de la población de Daroca al realizar una intervención comunitaria interdisciplinar. Como objetivos específicos:
Promover desde el Centro de Salud la participación activa de otros sectores de la Sociedad. Crear un programa participativo y multidisciplinar.
Diseñar actividades comunitarias estructuradas que puedan perdurar en el tiempo.
Evaluar tanto el proyecto en general como cada una de las actividades concretas desarrolladas.
Transmitir a la población información sanitaria capacitándola para optar por comportamientos más saludables y fomentar el autocuidado.
Conocer actitudes y expectativas de los profesionales del Centro de Salud sobre la realización de Actividades Comunitarias.

MÉTODO

Las medidas previstas a realizar son:
"El paseo saludable ", llevado a cabo los lunes por personal del Centro de Salud.
Colaboración con el IES de Daroca impartiendo charlas de Educación para la Salud por parte del Equipo Multidisciplinar. Los temas a tratar son: 1.- Reanimación CardioPulmonar Básica y Avanzada. 2.- Alimentación, Nutrición. Alteración en la conducta alimentaria. 3.- Hábitos de vida saludables. Prevención de Alcoholismo, Drogadicción, etc. 4.- Sexualidad y Anticoncepción.
Colaboración con la Residencia de Ancianos de Daroca impartiendo las sesiones de: 1.- Prevención de Accidentes en Ancianos. 2.- Prevención de riesgos laborales en los cuidadores.

INDICADORES

1.- Número de sesiones impartidas en IES de Daroca durante el curso 2017.
2.- Porcentaje de satisfacción de los asistentes a las sesiones. Se facilitará una encuesta de satisfacción (tanto en el IES de Daroca como en la Residencia de Ancianos).

DURACIÓN

Fecha inicio: Enero 2017
Fecha finalización: 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: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1151

1. TÍTULO

PACIENTES DIABETICOS EN LOS QUE SE HA REVISADO LA HBA1C EN LOS ULTIMOS 6 MESES

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ANGEL BES FRANCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DAROCA
· Localidad DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRENA MARINA EMILIA
PEREZ ABADIA ANA
RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS
RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ
LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA
ALDA CAMPOS BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. LISTADOS DE TODOS LOS DIABETICOS EN OMI
2. LISTADO DE DIABETICOS INTERNADOS EN RESIDENCIAS, SE PIDE ALAS ENFERMERAS DE LA RESIDENCIA PREPARAR LAS CORRESPONDIENTES ANALITICAS.
3. COMPROBAR A LOS DIABETICOS QUE NO TENGAN REGISTRADO LA HBA1C CADA 6 MESES.
4. REVISAR ANALITICAS PREVIAS, SOBRETUDO DE LOS ESPECIALISTAS Y ANOTAR LA HEMOGLOBINAS EN LOS CASOS EN QUE ESTEN, Y SI NO SOLICITAR ANALITICA.
5. ESTAS ACTUACIONES CADA 6 MESES.

EN CADA CONTROL SE INSTA EN APLICAR Y REVISAR LAS MEDIDAS ANTERIORMENTE CITADAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

REVISIONES CUATRIMESTRALES:

ABRIL: 34%

AGOSTO: 36%

DICIEMBRE: 59%

Hay que tener en cuenta que los resultados de noviembre pueden aumentar ya que falta todavía un mes para terminar el proceso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

SE HA ALCANZADO EL MINIMO EXIGIDO (50 %), AUNQUE CONSIDERAMOS QUE ES UN NIVEL MUY BAJO PARA EL DESEADO. YA QUE SE ESPERABA ALCANZAR UN 75%
LA VALORACION QUE SE HACE ES QUE NO SE HA PRODUCIDO UNA REVISION EXHAUSTIVA DE AS HISTORIAS, PARA COM PROBAR LAS CIFRAS DE HBA1C.

CONSIDERO MAXIMA PROIRIDAD TOMAR MAS INTERES Y SER MAS ACTIVOS EN LA REVISION DE HISTORIAS CLINICAS.
OTRA CAUSA SE DEBE A LAS REVISIONES DE ESPECIALISTAS CUANDO PIDEN ELLOS LOS ANALITICAS Y NO QUEDAN REGITSTRADAS EN OMI.

SE INSISTE EN CONTROL DE ESTAS SITUACIONES.

TAMBIEN HAY QUE ANOTAR QUE LAS ULTIMAS REVISIONES DE HABC1 REALIZADAS EN DICIEMBRE, ALGUNAS NO HAN SIDO CARGADAS EN OMI.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1151 ===== ***

Nº de registro: 1151

Título

PACIENTES DIABETICOS EN LOS QUE SE HA REVISADO HBA1C EN LOS ULTIMOS 6 MESES (PORCENTAJE)

Autores:

BES FRANCO ANGEL, BARRENA MARINA EMILIA, CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL, PEREZ ABADIA ANA, RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS, RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ, LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA, ALDA CAMPOS BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1151

1. TÍTULO

PACIENTES DIABETICOS EN LOS QUE SE HA REVISADO LA HBA1C EN LOS ULTIMOS 6 MESES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Definición: Proporción de pacientes diabéticos diagnosticados antes de los últimos 12 meses con al menos un registro DGP "HB A1C" 'EHGBA1C' en 6 meses.

Tras la evaluación de los indicadores de la cartera de servicios del año 2016 hemos detectado que la realización de la determinación de los niveles de HBA1C- EHGBA1C a los pacientes diabéticos no alcanzaban los mínimos exigidos en los indicadores de la cartera de servicio del contrato de gestión del año 2016.

RESULTADOS ESPERADOS

Alcanzar un 70% de determinaciones de HB!AC/EHGBA!C en los pacientes diabéticos de los pacientes registrados como tales en nuestra zona de salud

MÉTODO

1. Listado de pacientes diabéticos de OMI
2. Revisión de las historias clínicas de los pacientes diabéticos cuando acudan a consulta tanto programada como a demanda en enfermería y medicina. Control analíticas de especialistas no cargadas en OMI.
3. Solicitud el parámetro a todos aquellos pacientes que no lo tengan registrado cada 6 meses

INDICADORES

Fuentes de datos: Registro OMI
Valor alcanzar: 70%
Valor inferior: 50%
Valor superior: 100%
Periodo de evaluación: cuatrimestral

DURACIÓN

Anual 2017 y evaluación cuatrimestral

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1152

1. TÍTULO

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC Y REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN EL ULTIMO AÑO ()

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO GARCIA TEJEDOR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DAROCA
· Localidad DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS
RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ
BARRENA MARINA EMILIA
CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL
HERNAN PEREZ CHELO
SIMON APARICIO MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
LISTADOS DE PACIENTES EPOC

REVISION HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES EPOC EN CONSULTAS A DEMANDA O PROGRAMADAS

REVISION SI TENIAN REGISTRADOS SINTOMAS RESPIRATORIOS ULTIMO AÑO

EN CASO NEGATIVO REALIZAR EXPLORACION DE PACIENTE Y REGISTRO

DESPUES DE CADA REVISION CUATRIMESTRAL DE RESULTADOS SE IINSISTE EN ADOPTAR LAS MEDIDAS ANTERIORES E INTENSIFICAR LA BUSQUEDA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ABRIL 2017 15%

AGOSTO 2017 16%

DICIEMBRE 2017: 54%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. La progresión alcanzada en los resultados en los sucesivos cortes nos demuestra la importancia de insistir y recordar la necesidad de revision de la historia de los pacientes EPOC para comprobar si se ha realizado la exploracion y el registro correspondiente.

2. NO hemos alcanzado los resultados previstos, por ello consideramos oportuno continuar un año más con dicho proyecto. Quedando pendiente una revision más a fondo de las historias de pacientes EPOC.

3. Ha habido algun error en el registro de los datos, ya que se anotaban en apartado diferente y no se registraban en OMI correctamente. Dicho error ya ha sido subsanado.

7. OBSERVACIONES.

ES UN PROYECTO QUE SE HA QUEDADO SIN ALCANZAR LOS OBJETIVOS PREVISTOS.

SE VALORARA INCLUIRLO PARA EL AÑO PROXIMO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1152 ===== ***

Nº de registro: 1152

Título
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC Y REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN EL ULTIMO AÑO (PORCENTAJE)

Autores:
GARCIA TEJEDOR ANTONIO, RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS, RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ, BARRENA MARINA EMILIA, CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL, BES GIMENEZ ANA VICTORIA, HERNANZ PEREZ CONSUELO, SIMON APARICIO MARIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: EPOC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1152

1. TÍTULO

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC Y REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN EL ULTIMO AÑO ()

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DEFINICION: PORCENTAJE DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC Y REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN EL ULTIMO AÑO.

Tras la evaluación de los indicadores de la cartera de servicios del año 2016 hemos detectado que el registro en OMI de los síntomas de la EPOC se encuentran por debajo de los límites requeridos.

RESULTADOS ESPERADOS
Alcanzar un 90% de registro de los síntomas de EPOC en la Historia Electrónica OMI.

MÉTODO
Listado de pacientes EPOC de OMI
Revisión de las historias clínicas de los pacientes EPOC cuando acudan a consulta tanto programada como a demanda en enfermería y medicina.
Control de síntomas de los pacientes EPOC a todos aquellos pacientes que no los tengan registrados

INDICADORES
Fuentes de datos: Registro OMI
Valor alcanzar: 90%
Valor inferior: 75%
Valor superior: 100%
Periodo de evaluación: cuatrimestral

DURACIÓN
Año 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1153

1. TÍTULO

PACIENTES INCLUIDOS EN PAECD CON VALORACION DEL RIESGO DE ULCERACION EN EL ULTIMO AÑO

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA LORENTE HERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DAROCA
· Localidad DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALDA CAMPOS BLANCA
BES GIMENEZ ANA VICTORIA
SIMON APARICIO MARIA PAZ
HERNANZ PEREZ CHELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. LISTADO DE LOS PACIENTES PAECD
2. REVISION HISTORIAS CLINICAS DE DICHS PACIENTES.
3. COMPROBAR SI TIENEN REALIZADO EL TEST DE NORTON
4. REALIZARLO Y REVISARLO A LOS PACIENTES QUE NO LO TENGAN EN LAS CONSULTAS PROGRAMADAS DE ENFERMERIA.
5. COMPROBACION CUATRIMESTRAL DE RESULTADOS
6. EN CADA REVISION SE INSISTE EN ACTUALIZAR LOS REGISTROS Y REVISARLOS
7. CONTROL DE PACIENTES NUEVOS QUE VIENEN A ESTA ZONA DE SALUD Y SE INGRESAN EN RESIDENCIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ABRIL: 80%
SEPTIEMBRE 75%
DICIEMBRE: 71%

SE OBSERVA UNA LEVE DISMINICION DEL PORCENTAJE, PODRIA SER DEBIDO A PACIENTES NUEVOS PROVENIENTES DE OTRAS ZONAS DE SALUD Y QUE SE INGRESAN EN RESIDENCIA Y NO ESTAN REVISADOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE OBSERVA QUE EN ESTE SERVICIO LOS RESULTADOS ALCANZADOS HAN SIDO ACEPTABLES AUNQUE POR POCO NO SE HA ALCANZADO EL MINIMO EXIGIDO .
POR LLO CONSIDERAMOS OPORTUNO CONTINUAR UN AÑO MAS CON ESTE PROGRAMA PARA ALCANZAR UNOS MEJORES RESULTADOS.
LA TACTICA SERÁ LA MISMA REVISION INTENSA DE HISTORIAS Y PACIENTES. EN LAS CONSULTAS PROGRAMADAS DE ENFERMERIA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1153 ===== ***

Nº de registro: 1153

Título
PACIENTES INCLUIDOS EN PAECD CON VALORACION DEL RIESGO DE ULCERACION EN EL ULTIMO AÑO

Autores:
LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA, ALDA CAMPOS BLANCA, BES GIMENEZ ANA VICTORIA, SIMON APARICIO MARIA PAZ, HERNANZ PEREZ CONSUELO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DEFINICION: PROPORCION DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DEPENDIENTE (Z28 O A99) IDENTIFICADOS COMO DEPENDIENTES (DGP "DVFUNCIO" ENTRE 1 Y 60), QUE ALMENOS TIENE UN REGISTRO EN EL DGP "DPNORTON" EN EL PERIODO DE EVALUACION.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1153

1. TÍTULO

PACIENTES INCLUIDOS EN PAECD CON VALORACION DEL RIESGO DE ULCERACION EN EL ULTIMO AÑO

Tras la evaluación de los indicadores de la cartera de servicios del año 2016 hemos detectado que la realización del Test de Norton, en relación a la prevención de úlceras en pacientes adultos dependientes no alcanzaba un mínimo de porcentaje de test realizados.

RESULTADOS ESPERADOS

Alcanzar un 90% de Test de Norton realizados a los pacientes adultos dependientes que tenemos recogidos en OMI a lo largo del año 2017.

MÉTODO

1. Listado de pacientes dependientes de OMI
2. Revisión de las historias clínicas de los pacientes dependientes.
3. Control del Test de Norton síntomas de los pacientes dependientes y realizarlo aquellos que no lo tengan registrado

INDICADORES

Mínimo: 75%
Máximo: 100%
Control cuatrimestral

DURACIÓN

AÑO NATURAL 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 - 2016/1222

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ROCIO MELUS ROJAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITO LOPEZ ANA MILAGROS
ELIAS GAVILANES MERCEDES
GALLEL URGEL MERCEDES
LAPIEDRA PUIG LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha implantado una estrategia común que estamos siguiendo en todo el equipo de atención primaria en el seguimiento del paciente diabetico.

Se estan realizando exploraciones del pie diabetico, como se quedo en las actividades del plan, para aumentar la cobertura total de los pacientes.

Se estan registrando las intervenciones en educación diabetológica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En relación con la revision del pie diabetico, se está mejorando notablemente las cifras anteriores a la implantación del proyecto

En relacion al registro de las intervenciones en educación diabetológica estamos en la misma linea, mejorando el registro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hay que continuar realizando las actividades propuestas, mejorando mes a mes hasta el final del proyecto.

Se ha instaurado de manera estandarizada en el funcionamiento de la consulta de enfermeria la revision del pie diabético, a todos aquellos pacientes que acuden a la consulta programada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1222 ===== ***

Nº de registro: 1222

Título
IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA

Autores:
MELUS ROJAS ROCIO, BENITO LOPEZ ANA MILAGROS, ELIAS GAVILANES MERCEDES, LAPIEDRA PUIG LOURDES, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

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: PROPIOS DE LA UNIDAD

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1222

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA

PROBLEMA

Hemos detectado a la luz de los resultados de los indicadores del acuerdo de gestión una necesidad de mejorar las actividades que conciernen al seguimiento del paciente diabético. Una de las causas de esta deficiencia en el seguimiento se deba muy probablemente a la fluctuación del personal sanitario en los últimos meses. Creemos que el seguimiento del paciente diabético es mejorable en nuestro centro de salud, razón por la que consideramos importante desarrollar el presente proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Implantación de una estrategia común a seguir por todo el equipo de atención primaria en el seguimiento del paciente diabético.

Aumentar la cobertura de la exploración del pie diabético, con la indicación de realizar la exploración con doppler en aquellos pacientes con resultado en la exploración de pie diabético de ALTO riesgo.

Aumentar el registro de las intervenciones en la educación diabetológica

Exponer los resultados que se espera conseguir, indicar al menos los pacientes o la población diana y las intervenciones o servicios a los que se dirige el proyecto.

MÉTODO

Las acciones previstas para lograr los objetivos detallados son las siguientes:

Realizar sesiones informativas a todo el equipo de atención primaria sobre el correcto registro de la educación diabetológica y la exploración del pie diabético.

Establecer las acciones a realizar en cada visita programada a paciente diabético con el objetivo de que todos los profesionales unifiquemos criterios.

Está previsto realizar dos sesiones informativas a lo largo del año para explicar al equipo la evolución y resultados obtenidos hasta el momento.

Los recursos necesarios para una exploración básica del pie diabético incluyen doppler, monofilamento y esfingomanómetro.

INDICADORES

Para la monitorización del proyecto hemos elegido estos indicadores:

Número de pacientes con registro en historia clínica de exploración del pie diabético al inicio del programa, a mitad del programa y al finalizar.

Número de pacientes con registro en historia clínica de alguna intervención en el plan de cuidados de conocimientos deficientes en el paciente diabético.

La fuente de datos empleada serán los listados de OMI AP proporcionados por servicios centrales.

DURACIÓN

Hemos establecido que la duración del programa sea de un año, con inicio en Mayo 2017, hasta Mayo de 2018 con intención de crear una estrategia de continuidad del programa de manera indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1222

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ROCIO MELUS ROJAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELIAS GAVILANES MERCEDES
LAPIEDRA PUIG LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha mejorado notablemente el número de pacientes a los que se les ha realizado la exploración del pie y se ha llevado a cabo educación diabetológica de manera sistemática en las consultas de enfermería, mejorando la atención global al paciente diabético.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante estos años hemos ido viendo, con el cuadro de mandos como hemos ido creciendo en la realización y correcto registro de esta actividad. Hemos sobrepasado la media de la valoración del Sector Calatayud y de Aragón, mejorando notablemente respecto al año 2016 que empezamos. En el año de comienzo no se realizaban apenas revisiones en ninguna consulta y actualmente se realizan a mas de la mitad de los pacientes. La revision del pie diabetico y el correcto registro de educacion diabetológica se queda incluido en las actividades normalizadas de seguimiento del paciente diabético.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante estos años hemos hecho varias sesiones, talleres y charlas tanto internas dentro del propio centro como fuera de él para aprender y mejorar la realizacion de la revisión del pie diabético. Todo el equipo de enfermería realiza de manera normalizada en su atención integral al paciente diabético estas actividades en la consulta del centro. Quedando así como un servicio mas que se realiza a estos pacientes

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1222 ===== ***

Nº de registro: 1222

Título
IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA

Autores:
MELUS ROJAS ROCIO, BENITO LOPEZ ANA MILAGROS, ELIAS GAVILANES MERCEDES, LAPIEDRA PUIG LOURDES, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

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: PROPIOS DE LA UNIDAD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hemos detectado a la luz de los resultados de los indicadores del acuerdo de gestión una necesidad de mejorar las actividades que conciernen al seguimiento del paciente diabético. Una de las causas de esta deficiencia en el seguimiento se deba muy probablemente a la fluctuación del personal sanitario en los últimos meses. Creemos que el seguimiento del paciente diabético es mejorable en nuestro centro de salud, razón por la que consideramos importante desarrollar el presente proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1222

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA

RESULTADOS ESPERADOS

Implantación de una estrategia común a seguir por todo el equipo de atención primaria en el seguimiento del paciente diabético.

Aumentar la cobertura de la exploración del pie diabético, con la indicación de realizar la exploración con doppler en aquellos pacientes con resultado en la exploración de pie diabético de ALTO riesgo.

Aumentar el registro de las intervenciones en la educación diabetológica

Exponer los resultados que se espera conseguir, indicar al menos los pacientes o la población diana y las intervenciones o servicios a los que se dirige el proyecto.

MÉTODO

Las acciones previstas para lograr los objetivos detallados son las siguientes:

Realizar sesiones informativas a todo el equipo de atención primaria sobre el correcto registro de la educación diabetológica y la exploración del pie diabético.

Establecer las acciones a realizar en cada visita programada a paciente diabético con el objetivo de que todos los profesionales unifiquemos criterios.

Está previsto realizar dos sesiones informativas a lo largo del año para explicar al equipo la evolución y resultados obtenidos hasta el momento.

Los recursos necesarios para una exploración básica del pie diabético incluyen doppler, monofilamento y esfigmomanómetro.

INDICADORES

Para la monitorización del proyecto hemos elegido estos indicadores:

Número de pacientes con registro en historia clínica de exploración del pie diabético al inicio del programa, a mitad del programa y al finalizar.

Número de pacientes con registro en historia clínica de alguna intervención en el plan de cuidados de conocimientos deficientes en el paciente diabético.

La fuente de datos empleada serán los listados de OMI AP proporcionados por servicios centrales.

DURACIÓN

Hemos establecido que la duración del programa sea de un año, con inicio en Mayo 2017, hasta Mayo de 2018 con intención de crear una estrategia de continuidad del programa de manera indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ANA MILAGROS BENITO LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANTAMARIA VALGAÑON MARIA CARMEN
TORRIJO SOLANAS ROBERTO
HERRERO CASTILLO EVA
SANCHEZ VALLE BERNARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha establecido un sistema para la realización de espirometrias en la población diana señalada en el Proyecto de Gestion Clínica.

Se esta aumentando el registro de planes de cuidados de enfermeria de EPOC mejorando los datos actuales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En relacion a las espirometrias realizadas a pacientes con las características mencionadas anteriormente, no tenemos las cifras exactas. Pero se ha habilitado una agenda con consulta varios dias para realizarla en el centro, mejorando notablemente el número de pacientes con espirometria realizada

Con relación a los registros de síntomas respiratorios en pacientes con EPOC, apenas hemos mejorado. En la autoevaluación que realizamos en el equipo se quedó en volver a retomar el asunto y mejorar en este segundo semestre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente hacer el registro correcto de los síntomas respiratorios en pacienes EPOC, para mejorar de aquí a finales de año los resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1232 ===== ***

Nº de registro: 1232

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Autores:
BENITO LOPEZ ANA MILAGROS, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, SANTAMARIA VALGAÑON CARMEN, TORRIJO SOLANAS ROBERTO, HERRERO CASTILLO EVA, SANCHEZ VALLE BERNARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

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: PROPIOS DE LA UNIDAD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A la luz de los resultados de la evaluación de indicadores llevada a cabo en nuestro centro de salud, corroboramos que las cifras de diagnóstico de EPOC se encuentran muy por debajo de las esperadas para la población de nuestro centro de salud. Así mismo se detecta una necesaria mejora en el seguimiento de los pacientes afectos de EPOC. La importancia del proyecto radica en la necesidad de incidir en la disminución

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

del infradiagnóstico de EPOC y garantizar su adecuado seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un sistema para la realización de espirometrías. La población diana en la que tenemos intención de actuar es la siguiente: fumadores de más de 45 años de edad con un índice tabáquico de más de 10 paquetes/año. Así como fumadores de cualquier edad o índice tabáquico que presenten síntomas respiratorios compatibles con EPOC. Aumentar el registro de planes de cuidados de enfermería de EPOC mejorando el actual

MÉTODO

Crear agenda específica para la realización de espirometría y sistema de derivación a consulta médica para resultado de la misma.

Formación en la realización e interpretación de la espirometría de los responsables del proyecto del equipo Sesiones clínicas con el equipo de atención primaria para mejorar el correcto registro en OMI AP de síntomas respiratorios en paciente EPOC.

Sesiones clínicas en el equipo de atención primaria sobre la correcta interpretación de las espirometrías.

Materiales y recursos: Se realizarán reuniones con carácter trimestral para la evaluación de la puesta en marcha del proyecto y seguimiento del mismo. En cuanto a recursos materiales, disponemos de espirómetro, si bien se establecerá en un sitio fijo (sala polivalente) con intención de que las condiciones atmosféricas varíen lo menos posible. Acorde con esto y según las premisas de correcta realización de espirometrías se solicitará una estación meteorológica básica para poder introducir los datos necesarios en espirómetro sobre humedad relativa y otros datos. Así mismo, en la sala donde se realice la espirometría se contará con peso y metro, ya que estos datos resultan de vital importancia a la hora del registro espirométrico. Hemos detectado también falta de papel para impresión en espirómetro, el actual no es del tamaño adecuado, así como necesidad de pinzas nasales (sólo disponible en momento actual una unidad) y cámara de inhalación con mascarilla reservada única y exclusivamente para la realización de espirometrías.

INDICADORES

Confirmación de la creación de agenda específica para la realización de espirometrías, contabilizando el número de exploraciones realizadas fijando un mínimo de ocho espirometrías mensuales a la finalización del programa.

Número de espirometrías realizadas a paciente fumador al inicio, a mitad y al final del programa.

Número de pacientes con diagnóstico de EPOC con correcto registro de algún síntoma respiratorio

DURACIÓN

El comienzo del proyecto está previsto para el mes de Mayo de 2017, con una duración de un año, hasta Mayo de 2018, con intención de establecer una estrategia firme que continúe en el tiempo.

OBSERVACIONES

A este respecto, hemos detectado problemas a la hora de redactar el proyecto en cuanto a que no nos queda claro a qué se refiere el establecer un plan de comunicación, tal y como se especifica en el apartado 6 (actividades y ofertas de servicios), rogamos nos desgloséis éste concepto.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA MURO CULEBRAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLAN RUIZ CARLOS
ORTEGA DEL ARBOL AGUSTIN
GARCIA REDONDO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Durante este segundo año de proyecto, se ha mantenido abierta la agenda específica de espirometrías donde, desde admisión, se han ido citando, siendo indicado por parte de enfermería y medicina indistintamente, a aquellos pacientes que en cartera de servicios, bien por tener un diagnóstico de EPOC o de tabaquismo, les correspondía la realización de la misma.
- Se ha conseguido aclimatar el espacio y disponer de un espirómetro calibrado, de condiciones adecuadas y material básico necesario.
- Por parte de medicina y enfermería se ha intensificado la captación de aquellos pacientes fumadores que no estaban registrados como tal, para poder incluirlos en dicha cartera de servicios para poder completar su protocolo.
- Se ha incrementado además el cribado espirométrico en aquellos pacientes que presentan sintomatología compatible con un diagnóstico de EPOC.
- Tras varias sesiones de equipos en las que se han establecido criterios comunes se ha incrementado y se ha incluido en el seguimiento habitual los síntomas respiratorios de los pacientes EPOC y su limpieza de vías aéreas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha establecido y respetado la agenda de espirometrías, adecuando la actividad de enfermería para poder llevarlas a cabo.
- Se ha conseguido alcanzar la media de 8 espirometrías mensuales.
- Se ha mejorado la cifra de diagnósticos de EPOC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la realización de este proyecto nos ha quedado pendiente realizar una formación/actualización en técnica de realización e interpretación de las mismas.
Nos parece un proyecto que debe continuarse puesto que se trata de una patología crónica que precisa de un seguimiento continuado y actualización de las exploraciones de forma periódica, tanto en nuestras consultas y de forma coordinada con las de neumología, a propósito de lo cual si hemos valorado que sería conveniente conseguir que los resultados de las espirometrías realizadas en sus consultas nos llegasen a AP, para evitar duplicidades.

7. OBSERVACIONES.

Se trata de un proyecto viable y que poco a poco se esta estableciendo e incluyendo en la práctica diaria puesto que el porcentaje de pacientes EPOC en nuestra población y elevado y la repercusión clínica sobre el paciente y su mejoría con el tratamiento adecuado, hace de esta práctica diagnóstica y de evaluación, una herramienta muy útil en nuestras consultas.
La intención del equipo es continuar para seguir cumpliendo los objetivos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1232 ===== ***

Nº de registro: 1232

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Autores:
BENITO LOPEZ ANA MILAGROS, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, SANTAMARIA VALGAÑON CARMEN, TORRIJO SOLANAS ROBERTO, HERRERO CASTILLO EVA, SANCHEZ VALLE BERNARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: PROPIOS DE LA UNIDAD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A la luz de los resultados de la evaluación de indicadores llevada a cabo en nuestro centro de salud, corroboramos que las cifras de diagnóstico de EPOC se encuentran muy por debajo de las esperadas para la población de nuestro centro de salud. Así mismo se detecta una necesaria mejora en el seguimiento de los pacientes afectados de EPOC. La importancia del proyecto radica en la necesidad de incidir en la disminución del infradiagnóstico de EPOC y garantizar su adecuado seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un sistema para la realización de espirometrías. La población diana en la que tenemos intención de actuar es la siguiente: fumadores de más de 45 años de edad con un índice tabáquico de más de 10 paquetes/año. Así como fumadores de cualquier edad o índice tabáquico que presenten síntomas respiratorios compatibles con EPOC. Aumentar el registro de planes de cuidados de enfermería de EPOC mejorando el actual

MÉTODO
Crear agenda específica para la realización de espirometría y sistema de derivación a consulta médica para resultado de la misma.
Formación en la realización e interpretación de la espirometría de los responsables del proyecto del equipo
Sesiones clínicas con el equipo de atención primaria para mejorar el correcto registro en OMI AP de síntomas respiratorios en paciente EPOC.
Sesiones clínicas en el equipo de atención primaria sobre la correcta interpretación de las espirometrías.
Materiales y recursos: Se realizarán reuniones con carácter trimestral para la evaluación de la puesta en marcha del proyecto y seguimiento del mismo. En cuanto a recursos materiales, disponemos de espirómetro, si bien se establecerá en un sitio fijo (sala polivalente) con intención de que las condiciones atmosféricas varíen lo menos posible. Acorde con esto y según las premisas de correcta realización de espirometrías se solicitará una estación meteorológica básica para poder introducir los datos necesarios en espirómetro sobre humedad relativa y otros datos. Así mismo, en la sala donde se realice la espirometría se contará con peso y metro, ya que estos datos resultan de vital importancia a la hora del registro espirométrico. Hemos detectado también falta de papel para impresión en espirómetro, el actual no es del tamaño adecuado, así como necesidad de pinzas nasales (sólo disponible en momento actual una unidad) y cámara de inhalación con mascarilla reservada única y exclusivamente para la realización de espirometrías.

INDICADORES
Confirmación de la creación de agenda específica para la realización de espirometrías, contabilizando el número de exploraciones realizadas fijando un mínimo de ocho espirometrías mensuales a la finalización del programa.
Número de espirometrías realizadas a paciente fumador al inicio, a mitad y al final del programa.
Número de pacientes con diagnóstico de EPOC con correcto registro de algún síntoma respiratorio

DURACIÓN
El comienzo del proyecto está previsto para el mes de Mayo de 2017, con una duración de un año, hasta Mayo de 2018, con intención de establecer una estrategia firme que continúe en el tiempo.

OBSERVACIONES
A este respecto, hemos detectado problemas a la hora de redactar el proyecto en cuanto a que no nos queda claro a qué se refiere el establecer un plan de comunicación, tal y como se especifica en el apartado 6 (actividades y ofertas de servicios), rogamos nos desgloséis éste concepto.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ILLUECA

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA MURO CULEBRAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLAN RUIZ CARLOS
ORTEGA DEL ARBOL AGUSTIN
GARCIA REDONDO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Durante este segundo año de proyecto, se ha mantenido abierta la agenda específica de espirometrías donde, desde admisión, se han ido citando, siendo indicado por parte de enfermería y medicina indistintamente, a aquellos pacientes que en cartera de servicios, bien por tener un diagnóstico de EPOC o de tabaquismo, les correspondía la realización de la misma.
- Se ha conseguido aclimatar el espacio y disponer de un espirómetro calibrado, de condiciones adecuadas y material básico necesario.
- Por parte de medicina y enfermería se ha intensificado la captación de aquellos pacientes fumadores que no estaban registrados como tal, para poder incluirlos en dicha cartera de servicios para poder completar su protocolo.
- Se ha incrementado además el cribado espirométrico en aquellos pacientes que presentan sintomatología compatible con un diagnóstico de EPOC.
- Tras varias sesiones de equipos en las que se han establecido criterios comunes se ha incrementado y se ha incluido en el seguimiento habitual los síntomas respiratorios de los pacientes EPOC y su limpieza de vías aéreas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha establecido y respetado la agenda de espirometrías, adecuando la actividad de enfermería para poder llevarlas a cabo.
- Se ha conseguido alcanzar la media de 8 espirometrías mensuales.
- Se ha mejorado la cifra de diagnósticos de EPOC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la realización de este proyecto nos ha quedado pendiente realizar una formación/actualización en técnica de realización e interpretación de las mismas.
Nos parece un proyecto que ha permitido establecer la base para abordar una patología crónica que precisa un seguimiento continuado y actualización de las exploraciones de forma periódica, tanto en nuestras consultas y de forma coordinada con las de neumología, a propósito de lo cual si hemos valorado que sería conveniente conseguir que los resultados de las espirometrías realizadas en sus consultas nos llegasen a AP, para evitar duplicidades.

7. OBSERVACIONES.

Se trata de un proyecto viable y que poco a poco se esta estableciendo e incluyendo en la práctica diaria puesto que el porcentaje de pacientes EPOC en nuestra población es elevado y la repercusión clínica sobre el paciente y su mejoría con el tratamiento adecuado, hace de esta práctica diagnóstica y de evaluación, una herramienta muy útil en nuestras consultas.
La intención del equipo es continuar con la misma mecánica establecida hasta ahora.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1232 ===== ***

Nº de registro: 1232

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Autores:
BENITO LOPEZ ANA MILAGROS, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, SANTAMARIA VALGAÑON CARMEN, TORRIJO SOLANAS ROBERTO, HERRERO CASTILLO EVA, SANCHEZ VALLE BERNARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ILLUECA

Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: PROPIOS DE LA UNIDAD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A la luz de los resultados de la evaluación de indicadores llevada a cabo en nuestro centro de salud, corroboramos que las cifras de diagnóstico de EPOC se encuentran muy por debajo de las esperadas para la población de nuestro centro de salud. Así mismo se detecta una necesaria mejora en el seguimiento de los pacientes afectados de EPOC. La importancia del proyecto radica en la necesidad de incidir en la disminución del infradiagnóstico de EPOC y garantizar su adecuado seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un sistema para la realización de espirometrías. La población diana en la que tenemos intención de actuar es la siguiente: fumadores de más de 45 años de edad con un índice tabáquico de más de 10 paquetes/año. Así como fumadores de cualquier edad o índice tabáquico que presenten síntomas respiratorios compatibles con EPOC. Aumentar el registro de planes de cuidados de enfermería de EPOC mejorando el actual

MÉTODO

Crear agenda específica para la realización de espirometría y sistema de derivación a consulta médica para resultado de la misma.
Formación en la realización e interpretación de la espirometría de los responsables del proyecto del equipo
Sesiones clínicas con el equipo de atención primaria para mejorar el correcto registro en OMI AP de síntomas respiratorios en paciente EPOC.
Sesiones clínicas en el equipo de atención primaria sobre la correcta interpretación de las espirometrías.
Materiales y recursos: Se realizarán reuniones con carácter trimestral para la evaluación de la puesta en marcha del proyecto y seguimiento del mismo. En cuanto a recursos materiales, disponemos de espirómetro, si bien se establecerá en un sitio fijo (sala polivalente) con intención de que las condiciones atmosféricas varíen lo menos posible. Acorde con esto y según las premisas de correcta realización de espirometrías se solicitará una estación meteorológica básica para poder introducir los datos necesarios en espirómetro sobre humedad relativa y otros datos. Así mismo, en la sala donde se realice la espirometría se contará con peso y metro, ya que estos datos resultan de vital importancia a la hora del registro espirométrico. Hemos detectado también falta de papel para impresión en espirómetro, el actual no es del tamaño adecuado, así como necesidad de pinzas nasales (sólo disponible en momento actual una unidad) y cámara de inhalación con mascarilla reservada única y exclusivamente para la realización de espirometrías.

INDICADORES

Confirmación de la creación de agenda específica para la realización de espirometrías, contabilizando el número de exploraciones realizadas fijando un mínimo de ocho espirometrías mensuales a la finalización del programa.
Número de espirometrías realizadas a paciente fumador al inicio, a mitad y al final del programa.
Número de pacientes con diagnóstico de EPOC con correcto registro de algún síntoma respiratorio

DURACIÓN

El comienzo del proyecto está previsto para el mes de Mayo de 2017, con una duración de un año, hasta Mayo de 2018, con intención de establecer una estrategia firme que continúe en el tiempo.

OBSERVACIONES

A este respecto, hemos detectado problemas a la hora de redactar el proyecto en cuanto a que no nos queda claro a qué se refiere el establecer un plan de comunicación, tal y como se especifica en el apartado 6 (actividades y ofertas de servicios), rogamos nos desgloséis éste concepto.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1233

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE CRISTINA LATORRE RUIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DONOSO VIDORRETA RAQUEL
SANCHEZ REMACHA CARLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Siguen en proceso las visitas al colegio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se puede valorar

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1233 ===== ***

Nº de registro: 1233

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

Autores:
LATORRE RUIZ CRISTINA, DONOSO VIDORRETA RAQUEL, SANCHEZ REMACHA CARLA, CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: propios de la unidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El EAP del C.S de Illueca, hemos tomado conciencia de la importancia de proporcionar unos primeros auxilios de calidad ante una situación de emergencia.
Es por ello que hemos pensado que los primeros auxilios es una herramienta fundamental que es necesario que conozcan la población en general, y nuestra población diana en concreto (alumnos de primer curso de educación secundaria)
Al no existir una asignatura de salud, creemos necesario prepararles para enfrentarse a situaciones urgentes que puedan presentarse en la vida cotidiana y que sean capaces de resolverlas, convirtiéndose así en agentes de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana es: alumnos de primer curso de educación secundaria.
Resultados e intervenciones:

-Incorporar conocimientos, actitudes y habilidades que les hagan capaces de proporcionar cuidados para la propia salud y la de la comunidad.

-Que sepan reconocer situaciones de riesgo.

-Que al finalizar las intervenciones propias del proyecto, hayan adquirido conocimientos básicos para poder

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1233

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

actuar correctamente ante situaciones urgentes.

MÉTODO

- Elaboración del contenido de la actividad formativa.
- Elaboración de una encuesta previa y otra posterior a las intervenciones, para valorar el nivel de conocimientos adquiridos
- Desarrollo de simulacros de actuación
- Elaboración de una encuesta de valoración de las intervenciones realizadas.

INDICADORES

- Número de alumnos que participan activamente en la resolución de casos.
- Porcentaje de alumnos que manifiestan satisfacción con las intervenciones realizadas en relación con el número de alumnos participantes, estableciendo un porcentaje mínimo de 90%.

DURACIÓN

- Elaboración del contenido de la actividad formativa: Mayo-Junio 2017. Carmen Charlez y Raquel Donoso
- Elaboración de una encuesta previa y otra posterior a las intervenciones, para valorar el nivel de conocimientos adquiridos: Julio 2017. Carmen Charlez y Raquel Donoso
- Preparación de simulacros de actuación : Junio 2017.Cristina Latorre y Carla Sanchez
- Elaboración de una encuesta de valoración de las intervenciones realizadas:Julio 2017. Mercedes Gallel

Está previsto que el proyecto se desarrolle durante el curso escolar 2017-2018, quedando pendiente de fijar fechas de realización, con el equipo directivo del Instituto de secundaria Virgen de la Peña de Illueca, a principios de dicho curso 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 - 2016/1233

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA LATORRE RUIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DONOSO VIDORRETA RAQUEL
SANCHEZ REMACHA CARLA
CHARLEZ MILLAN CARMEN
GALLEL URGEL MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se contactó con el director del Instituto Sierra de la Virgen para informar del proyecto que se pretendía realizar con alumnos delº de Educación Secundaria y consensuar fechas y contenidos.
- Se realizaron dos talleres de dos horas cada uno, el primero el 7 de noviembre de 2017 se explicó RCP apoyada en videos. El segundo el 20 de diciembre de 2017 se llevó a cabo un taller práctico, con simulacros de actuación, utilizando para ello muñeco de simulación para realizar las prácticas.

Se llevó un desfibrilador semiautomático y diverso material de escritorio, así como un ordenador portatil.
- Antes de iniciar la actividad se cumplimentó un cuestionario con cinco preguntas con cuatro opciones de respuesta siendo una única válida:

1. ¿Cuál es el primer eslabón de la cadena de supervivencia tras reconocer a una persona en riesgo de PCR?"
 - a) Llamar pidiendo ayuda.
 - b) Iniciar inmediatamente RCP.
 - c) Buscar un desfibrilador.
 - d) Trasladar al paciente.
 2. Secuencia de reanimación en el adulto:
 - a) 2 respiraciones de rescate y comenzar compresiones torácicas.
 - b) 30 compresiones torácicas/ 2 ventilaciones.
 - c) 5 respiraciones de rescate/ 30 compresiones torácicas.
 - d) Sólo ventilar sin hacer compresiones torácicas.
 3. Ante un paciente inconsciente pero que respira y tiene pulso, ¿qué haríamos?
 - a) Ponerlo en posición lateral de seguridad,
 - b) Ponerlo boca arriba con las piernas en alto.
 - c) Dejarlo como está.
 - d) Sentarlo
 4. ¿ Para que sirve la maniobra de Heimlich?
 - a) Para cortar hemorragias.
 - b) Para curar quemaduras.
 - c) En atragantamientos.
 - d) Todas son ciertas.
 5. Ante una herida con sangrado importante ¿qué haríamos primero?
 - a) Limpiarla bien con agua y jabón.
 - b) Comprimir el punto de sangrado para controlar la hemorragia.
 - c) No hacer nada y esperar a que lleguen los servicios sanitarios.
 - d) Todas son correctas.
- Al finalizar la actividad formativa se volvió a realizar el mismo cuestionario.
- Se cumplimentó la encuesta de satisfacción de la actividad a los alumnos, que consistía en evaluar del 1 al 10, siendo 1 el menor y 10 mayor.
1) Como valoras esta actividad para tu vida.
2) ¿Recomendarías a otros alumnos este curso?
3) En general el curso le pareció...
4) Estás de acuerdo con las intervenciones realizadas (si- no)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El número de alumnos que participaron en el proyecto fue de 53, la totalidad de los alumnos. Consiguiendo un 100% de participación.
- Resultados de las encuestas:
- Valoración media de la actividad para su vida: 9,1 (indicador >8)
- Recomendación a otros alumnos para realizar el curso: 9,2 (indicador >8)
- En general el curso le pareció: 9,3 (indicador >8)
- Porcentaje de alumnos que manifiestan satisfacción con las intervenciones realizadas en relación con el número de alumnos participantes: 98 % (indicador > 90%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Los objetivos se lograron ampliamente.
- Tanto para los alumnos, profesores y profesionales del EAP el proyecto fue muy bien valorado.
- Por parte de la dirección del instituto se solicitó que se realizara la actividad para el profesorado en grupo aparte.
- Se valoró la posibilidad de realizar la actividad anualmente para que todos los alumnos adquieran conocimientos y habilidades para enfrentarse a situaciones de salud urgentes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1233

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

- El EAP cree conveniente ampliar la formación de primeros auxilios básicos en: heridas, quemaduras, accidentes domésticos.....

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1233 ===== ***

Nº de registro: 1233

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

Autores:
LATORRE RUIZ CRISTINA, DONOSO VIDORRETA RAQUEL, SANCHEZ REMACHA CARLA, CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: propios de la unidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El EAP del C.S de Illueca, hemos tomado conciencia de la importancia de proporcionar unos primeros auxilios de calidad ante una situación de emergencia.
Es por ello que hemos pensado que los primeros auxilios es una herramienta fundamental que es necesario que conozcan la población en general, y nuestra población diana en concreto (alumnos de primer curso de educación secundaria)
Al no existir una asignatura de salud, creemos necesario prepararles para enfrentarse a situaciones urgentes que puedan presentarse en la vida cotidiana y que sean capaces de resolverlas, convirtiéndose así en agentes de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana es: alumnos de primer curso de educación secundaria.
Resultados e intervenciones:

- Incorporar conocimientos, actitudes y habilidades que les hagan capaces de proporcionar cuidados para la propia salud y la de la comunidad.
- Que sepan reconocer situaciones de riesgo.
- Que al finalizar las intervenciones propias del proyecto, hayan adquirido conocimientos básicos para poder actuar correctamente ante situaciones urgentes.

MÉTODO
-Elaboración del contenido de la actividad formativa.
-Elaboración de una encuesta previa y otra posterior a las intervenciones, para valorar el nivel de conocimientos adquiridos
-Desarrollo de simulacros de actuación
-Elaboración de una encuesta de valoración de las intervenciones realizadas.

INDICADORES
- Número de alumnos que participan activamente en la resolución de casos.
-Porcentaje de alumnos que manifiestan satisfacción con las intervenciones realizadas en relación con el número de alumnos participantes, estableciendo un porcentaje mínimo de 90%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1233

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

DURACIÓN

-Elaboración del contenido de la actividad formativa: Mayo-Junio 2017. Carmen Charlez y Raquel Donoso

-Elaboración de una encuesta previa y otra posterior a las intervenciones, para valorar el nivel de conocimientos adquiridos: Julio 2017. Carmen Charlez y Raquel Donoso

-Preparación de simulacros de actuación : Junio 2017. Cristina Latorre y Carla Sanchez

-Elaboración de una encuesta de valoración de las intervenciones realizadas: Julio 2017. Mercedes Gallel

Está previsto que el proyecto se desarrolle durante el curso escolar 2017-2018, quedando pendiente de fijar fechas de realización, con el equipo directivo del Instituto de secundaria Virgen de la Peña de Illueca, a principios de dicho curso 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 - 2016/0065

1. TÍTULO

MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE MARCOS CEBOLLA POLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOS ROYO BERTA
MARIN LAZARO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó en formato papel el modelo de derivación de avisos
Se explicó el programa a las enfermeras de At Primaria del CS de Morata de jalón
Se comenzó la realización en marzo del 2017 y finalizó el 31 diciembre del 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se comenzó la realización en marzo del 2017 y finalizó el 31 diciembre del 2017
Dos de las tres enfermeras derivaron siempre sus avisos a domicilio a través del modelo
Durante esos meses, se realizaron un total de 43 avisos, mediante el modelo, derivados de enfermería de at primaria a los EAC en el cupo de Morata de jalón-Chodes
Durante esos meses, se realizaron 19 avisos, mediante el modelo, derivados de enfermería de at primaria a los EAC en el cupo Sta Cruz-Tobed-codos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se mejoró la comunicación y el registro de los avisos a domicilio programados durante dines de semana y festivos
Cumpliendo con el modelo, no hubo ningún percance en ubicación del paciente, días en los que se solicitaba la atención, y material a emplear durante la misma.
No hubo omisiones en el registro

7. OBSERVACIONES.
Si se incluyera en OMI-ap el modelo de derivación de avisos a domicilio, podría fácilmente en todos los centros de salud del sector, reducir errores u omisiones en las curas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/65 ===== ***

Nº de registro: 0065

Título
MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

Autores:
CEBOLLA POLA MARCOS, SOS ROYO BERTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda persona tributaria de precisar Asistencia Domiciliaria por parte de Enfermería de Atención Continuada
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La correcta derivación de domicilios programados es básica para garantizar una Continuidad de Cuidados de calidad. El personal de Enfermería de Atención Continuada debe disponer de información detallada con el fin de evitar la variabilidad en el procedimiento a realizar durante la asistencia.
El personal de Enfermería de At. Continuada se enfrenta a multitud de dificultades para realizar los avisos; En primer lugar en ocasiones no puede acceder a OMI-AP al no estar dado de alta en el Consultorio correspondiente, por lo que sólo dispone de la información que le deje apuntada la Enfermera/o de cupo. A veces ahí radica el segundo problema; Papel escrito a mano, "post-it", avisos impresos sin apuntar la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0065

1. TÍTULO

MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

medicación o material necesarios, no dejar constancia en periodos estivales prolongados qué día o días se debe acudir al domicilio, etc. A estas situaciones hay que añadir que en las curas a domicilio de larga duración, los datos que se obtienen de los registros en el episodio correspondiente se vuelven más imprecisos con el tiempo ("Consulta sucesiva: Cura úlcera"), obviando aspectos importantes como cambio de medicación por mala evolución, aparición de exudado, reacciones alérgicas locales secundarias al apósito, etc. Muchas veces esa información contradictoria genera incertidumbre en el paciente y la familia, creándose discrepancias entre el modo en que la Enfermera/o de Atención Continuada pensaba realizar el procedimiento y el modo "real" en el que se lleva a cabo por su profesional de cupo. La creación de un modelo único de derivación de avisos a domicilio, permitiría de una forma muy visual, disponer de toda la información administrativa y técnica necesaria para facilitar la correcta Continuidad de Cuidados de los pacientes durante fines de semana y festivos, y a su vez mejorar la eficacia y eficiencia en la asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Garantizar la correcta Continuidad de Cuidados de aquellos pacientes que requieran asistencia domiciliaria por parte de Enfermería de Atención Continuada.
2. Evitar la aparición de errores u omisiones que retrasen y perjudiquen la evolución del proceso del paciente.
3. Mejorar la comunicación entre Enfermería del EAP y la de Atención Continuada mediante el seguimiento conjunto de pacientes tributarios de asistencia domiciliaria.
4. Aumentar la eficiencia de los Cuidados de Enfermería mediante la reducción de la variabilidad del material empleado y su cuantía, disminuyendo por lo tanto el coste.

MÉTODO

La medida principal radica en la creación de un modelo estándar para la derivación de pacientes, que para mayor comodidad podría ser incluido en OMI-AP en la sección de "Plantillas". Se acordaría con el Personal de Informática el modo de añadirlo.

Como se viene realizando, la derivación de los avisos a domicilio durante los fines de semana y festivos correrá a cargo del Enfermero/a del EAP, quien de una manera rápida y segura, puede añadir con un simple "click" todos los datos antes de su impresión en papel. MODELO DE DERIVACIÓN DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre _____
Población _____ Teléfono _____ Dirección Alergias _____

MOTIVO DE LA ASISTENCIA

CURA ?
Tipo de Lesión _____ Herida? _____ Úlcera por Presión? _____ Úlcera Vacular? _____ Otros? _____
Localización _____ (Desplegable)
Exudado _____ Nulo? _____ Escaso? _____ Moderado? _____ Abundante? _____
Limpieza/Desinfección _____ *Suero Fisiológico? _____ *Povidona Yodada? _____ *Clorhexidina? _____ *Otro? _____
Procedimiento _____
Observaciones _____

INYECTABLE ?

Medicación _____
Vía de Administración _____ IM ? SC? IV? ID? Otra? _____
Observaciones _____

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ?

Sonda vesical? _____ Sonda Nasogástrica? _____ Vendaje? _____ Sutura? _____ Otros? _____
Técnica _____ Lavado? _____ Cambio? _____ Colocación? _____ Retirada? _____ Otro? _____
Observaciones _____

MATERIAL

Domicilio? _____ Centro de Salud? _____

PERIODICIDAD

Lu? _____ Ma? _____ X? _____ Ju? _____ Vi? _____ Sá? _____ Do? _____ Diaria incluso festivos? _____

INDICADORES

- Indicadores:
- Cumplimentación adecuada del Modelo de Derivación de Avisos a Domicilio por todo el Personal de Enfermería del EAP
- Utilización del Modelo de Derivación de Avisos a Domicilio en horario de Atención Continuada por todos los profesionales.
- Encuesta de Satisfacción que se creará a tal efecto enviada a aquellos profesionales que hayan usado dicho modelo en 2017.

DURACIÓN

Fecha de Inicio 1/ Enero/ 2017
La implantación del Modelo de Derivación, tendría una duración de un año, donde se estudiarían el número

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0065

1. TÍTULO

MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

total de avisos y características para poder evaluar el grado de eficacia de la medida.

OBSERVACIONES

Modelo realizado en formato ".odt" que se puede enviar para una mejor visualización, ya que está diseñado mediante ítems y casillas.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1218

1. TÍTULO

NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE PASCUAL GONZALVO SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO LOPEZ FRANCISCO JAVIER

RUIZ CASADO MARIA PILAR

TEJEDOR SANJOSE ROSARIO

MARTI GUILLEN LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar se realizó una sesión mediante intervención y explicación del responsable del proyecto con exposición en power-point del sistema de citación en OMI, y en concreto de la citación mediante alta rápida, así como de la búsqueda de pacientes en el fichero de OMI tanto de pacientes activos como en el histórico, de manera que los profesionales iniciasen sistemáticamente el mecanismo de búsqueda y/o alta rápida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Situación de indicadores.

Para el período comprendido entre el 1 de junio de 2017 y el 31 de octubre de 2017, el resultado de los indicadores asumidos ha sido:

1- Número de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM con realización de actividad de registro en OMI normalizada / número de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM
valor estándar: 80%
límite inferior 30%
límite superior 90%
indicador obtenido 57%

2- Número de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM / número de pacientes atendidos en UrgCSM.
Indicador obtenido 17%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se constata que la sistemática de apertura de alta rápida por los profesionales tanto médicos como enfermeras, es asumida sin problemas, aunque en ocasiones se sigue registrando la actividad en paneles de "PACIENTE DESPLAZADO URGENCIAS" o similares, que se usaban anteriormente y que se tratan de evitar mediante la presente acción.

El registro queda visible mediante el acceso a la agenda de citaciones de urgencias de cada día, mediante la inscripción "DESPLAZADO" en el apartado de observaciones. Se observa que esta circunstancia no se cumple en todos los registros, y además la no cumplimentación de la misma imposibilita la búsqueda posterior. Por ello se impone una auto-corrección de la sistemática de registro para la captura de los registros, que en este momento no es posible por las limitaciones de OMI en cuanto a recuperación y explotación de datos por parte del EAP. Desconocemos si es así también por Servicios Centrales u operadores del sistema.

7. OBSERVACIONES.

Análisis.

Ambos indicadores están dando resultados que podemos considerar como esperados, si bien en el indicador 1 consideramos que tras varios meses en funcionamiento, y teniendo en cuenta la experiencia adquirida en 5 meses de aplicación, debería en lo sucesivo acercarse más al límite superior, El indicador 2, se ajusta bastante al esperado que era de un 15%.

Dado que el seguimiento se va a realizar todavía durante otros 19 meses, se espera obtener datos de evolución más precisos en cuanto se avance en el mismo, y más concretamente cuando se alcance los 12 meses, pues entonces ya se dispondrá de una visión sin el sesgo de estacionalidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1218 ===== ***

Nº de registro: 1218

Título

NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/2019

1. TÍTULO

NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS

Autores:
GONZALVO SANCHEZ PASCUAL, NAVARRO LOPEZ FRANCISCO JAVIER, MARIN LAZARO RAQUEL, VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN, GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, TEJEDOR SANJOSE ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente, el registro en OMI de la atención en urgencias en el Centro de Salud de Morata de Jalón (UrgCSM), por las limitaciones de OMI en cuanto a incorporación de datos de los mismos, no sigue unos cauces unificados, utilizando en unos casos la apertura de historia clínica mediante alta rápida y en otros en la apertura directa de episodio diagnóstico en tapiz común a múltiples pacientes. En el primer caso, los pacientes quedan en la base de datos de OMI en un único tapiz con datos básicos de filiación, pero incrementa los denominadores en la evaluación de los indicadores asistenciales de la Zona de Salud en el caso de que estos no se cierren inmediatamente. En el segundo caso los pacientes no incrementan los denominadores, pero es imposible la cuantificación de los mismos, resultando además muy difícil su búsqueda posterior. Además se observa que el registro de estos pacientes tiene una gran variabilidad en cuanto a filiación, descripción de la atención, definición de la misma y forma de archivo, lo que dificulta primero una explotación de los datos de los mismos, así como su localización posterior en caso de necesidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Garantizar la seguridad clínica en la atención a los pacientes desplazados
- Registrar de manera homogénea los pacientes desplazados de otra zona básica de salud

Se pretende conseguir que en los pacientes desplazados atendidos en urgencias en el Centro de Salud, tanto los datos de filiación del paciente así como los datos clínicos obtenidos en la atención prestada sigan unos cauces homogéneos de registro en cada uno de ellos, que faciliten verificaciones posteriores.

- Mantener la base de datos del histórico de OMI

Así también el mantenimiento en el histórico de OMI de una base de datos propios de centro que pueda servir en posteriores contactos del paciente con el CS.

MÉTODO

Registro sistemático de los mismos, utilizando la apertura de historia clínica en OMI mediante alta rápida, procediendo a su cierre inmediato pasándola al histórico.
Formación: 2 sesiones formativas a los integrantes del CS que realizan Atención Continuada
Recursos previstos: nº de reuniones, recursos materiales (cañón, ordenador,..)
Cambios previstos: mejor asistencia al desplazado.

INDICADORES

1- Nº de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM con realización de actividad de registro en OMI normalizada / Nº de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM. (% pacientes desplazados con registro de actividad en OMI)
- Valor a alcanzar (estándar): el 80% de los desplazados.
- Límite inferior: 30%
- Límite superior: 90%

2- Nº de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM / Nº de pacientes atendidos en UrgCSM .(% de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM)
Estimación de situación actual:
Indicador 1 : -sin datos anteriores-
Indicador 2 : 15%
Fuente de Datos: Agenda de UrgCSM

DURACIÓN

1 al 31 de mayo de 2017: realización de 2 sesiones informativas a los integrantes del CS que realizan Atención Continuada, por Pascual Gonzalvo Sánchez y Raquel Marín Lázaro.

1 de junio de 2017: inicio de la actividad.

31 de mayo de 2019, finalización. Duración 2 años.

Evaluación: del 1 al 30 de junio de 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1218

1. TÍTULO

NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1256

1. TÍTULO

REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS POR ENFERMERIA

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE LOURDES MARTI GUILLEN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALVO SANCHEZ PASCUAL
TEJEDOR SANJOSE ROSARIO
SOS ROYO BERTA
CEBOLLA POLA MARCOS
RAQUEL MARIN LAZARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Aunque nos habíamos fijado periodos de evaluación cuatrimestrales, cuando llegó el momento de evaluar nos pareció más operativo hacer dos evaluaciones, dado que habíamos iniciado comenzado el año.

Desarrollo de las actividades primera evaluación
Durante el periodo de la primera evaluación (desde el 7-03-2017 al 31-07-2017) se ha hecho seguimiento de todas las incidencias identificando el nombre del paciente para identificar por qué se había cometido el error, si por desconocimiento de los tubos que había que poner o por alguna otra razón.

Desarrollo de las actividades segunda evaluación
Durante la segunda evaluación (desde el 1-08-2017 al 28-11-2017) se hizo seguimiento de todas las incidencias, pero solo en parte de este periodo se identificó al paciente, ya que se determinó que el trabajo que hacer esto llevaba consigo no mejoraba sustancialmente nuestros objetivos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores primera evaluación:

Porcentaje de muestras de orina que no aporta el paciente ...3.17% (96.83)
Porcentaje de excesos de tubos en las determinaciones habituales ...3.14% (96.86)
Porcentaje de ausencia de tubos ...2.01% (97.99)
Porcentaje de muestras de la nevera no recogidas en el laboratorio...0.44% (99.6)

En todos los casos se ha superado el valor a alcanzar que era del 90%, por lo que en ésta evaluación hemos conseguido los objetivos.

Indicadores segunda evaluación:

Porcentaje de muestras de orina que no aporta el paciente...4.61% (95.39)
Porcentaje de excesos de tubos en las determinaciones habituales...3.74% (96.26)
Porcentaje de ausencia de tubos...2.14% (97,86)
Porcentaje de muestras de la nevera no recogidas en el laboratorio...0% (100)

En todos los casos se ha superado el valor a alcanzar que era del 90%, por ello, en esta evaluación también hemos conseguido el objetivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El número aproximado de tubos de sangre utilizados ha sido de 2062 y de orina 778 durante el periodo que comprenden las dos evaluaciones.

Consideramos que debemos mejorar, para lo que es necesario, por una parte prestar más atención a la hoja de analítica, en el momento de hacer la extracción y por la otra asegurarnos de los tubos que corresponden si tenemos duda.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1256 ===== ***

Nº de registro: 1256

Título
REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS, POR ENFERMERIA

Autores:
MARTI GUILLEN LOURDES, TEJEDOR SANJOSE ROSARIO, SOS ROYO BERTA, CEBOLLA POLA MARCOS, MARIN LAZARO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1256

1. TÍTULO

REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS POR ENFERMERIA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Recibimos todas las semanas dichas hojas. Habitualmente hay dos tipos de errores: faltan tubos o sobran tubos. Cuando faltan tubos alguna prueba es probable que no haya podido hacerse. Si sobran tubos hay un gasto innecesario. Si buscamos en los volantes de OMI por qué ha habido dichas incidencias, mejoraremos la calidad de las extracciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el conocimiento de las muestras necesarias para los distintos perfiles y pruebas
Establecer feed-back con los compañeros del laboratorio cuando el error viene de allí
Mejorar la cadena del procedimiento en beneficio del paciente
Hacer las extracciones a un coste menor
Reducir el número de incidencias un 40%

MÉTODO

6.1. Determinar la causa de las incidencias:

Orina de 24 horas que no trae el paciente y a pesar de especificarlo en la hoja enviada al laboratorio, en la de preanalíticas consta como que falta
Exceso de tubos en determinaciones no habituales
Falta de tubos
En el laboratorio, no recogida de muestra de la nevera o pérdida de la misma
Otras

6.2. Las actividades a realizar son:

- Semanalmente, repaso de la hoja de incidencias preanalíticas buscando con el código, en el volante del paciente y nuestras anotaciones en la hoja CA(E)_L-BQ (listado de extracciones) para encontrar la causa de los errores.

6.3. Procedimiento de corrección una vez determinada la causa:

Búsqueda en el listado de perfiles CA(E)E_L-BQ
Anotación en dicho listado si ha habido variación en los perfiles
Identificación del paciente
Buscar en OMI petición de analítica
Valorar la necesidad de contactar con el paciente para nueva determinación

6.4 Recursos previstos:

- Hoja de incidencias preanalítica, listado de extracciones, listado de perfiles, OMI.

6.5. Cambios previstos:

Vamos a mejorar la mejorar la eficiencia del servicio de extracciones en el Centro de Salud

INDICADORES

% muestras de orina que no aporta el paciente (nº de pacientes sin muestras de orina de 24 horas sobre el total de pacientes)

- Valor a alcanzar (estándar) el 80%
- Límite inferior: 20%
- Límite superior: 80%

% excesos de tubos en las determinaciones habituales (nº de analíticas con tubos en exceso sobre el total de tubos habituales)

- Valor a alcanzar (estándar): el 80%
- Límite inferior: 20%
- Límite superior: 80%

% de ausencia de tubos (nº de analíticas con tubos ausentes sobre el total de analíticas)

- Valor a alcanzar (estándar): el 80%
- Límite inferior: 20%
- Límite superior: 80%

% de muestras de la nevera no recogidas en el laboratorio (nº de muestras no recogidas sobre el nº de muestras enviadas)

- Valor a alcanzar (estándar): el 80%
- Límite inferior: 20%
- Límite superior: 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1256

1. TÍTULO

REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS POR ENFERMERIA

Fuente de datos: listado de perfiles, hojas de preanalíticas, web del laboratorio, petición de analíticas OMI
Inicio desde la hoja de preanalíticas del 14 de marzo
La evaluación se hará repasando todas las hojas de preanalíticas y las anotaciones que hayamos puesto en ellas.

DURACIÓN

Determinar la causa de las incidencias:

Martes, después de enviar las analíticas, se revisarán las hojas de preanalíticas de la semana anterior. La revisión la harán Lourdes Martí y Raquel Marín, en caso de ausencia de ellas Berta Sos o Marcos Cebolla (EAC del CS)

Actividades a realizar:

Los martes, repaso hoja preanalíticas, revisión petición de analítica del paciente (si es necesario), buscar en OMILAB, la revisión la hará Lourdes Martí, en caso de ausencias de ella Berta Sos o Marcos Cebolla (EAC del CS)
Procedimiento de corrección

Los martes, Lourdes Martí Guillén, Rosario Tejedor Sanjosé, Raquel Marín Lázaro en caso de ausencia de ellas Berta Sos o Marcos Cebolla EAC del CS)

Fecha prevista inicio: El año en curso

Fecha prevista finalización: Diciembre 2017.

Autoevaluación en julio y en diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GISTAS QUILEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN
JABBOUR NEEMI ISSA
MARIN LAZARO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En una primera parte de esta actividad comunitaria en la escuela, se planteó realizar el taller orientado a los escolares del C.R.A. (Colegio Rural Agrupado) de VICORT-ISUELA, en concreto de las escuelas pertenecientes a nuestra Zona Básica de Salud (Morata de Jalón), si bien a petición del claustro de profesores se hizo extensible a todo el CRA (incluido el alumnado de las poblaciones del Frasnó) pertenecientes al vecino Centro de Salud de Sabiñán.

Posteriormente y dependiendo de las necesidades de profesores, monitores de comedor, padres y resto de personal, se podrán realizar otros talleres específicos para población adulta.

Un Colegio Rural Agrupado (C.R.A.) es un centro educativo formado por un grupo de pequeñas escuelas rurales que compartan un mismo entorno físico y socio-cultural. El Colegio Rural Agrupado "Vicort - Isuela" está situado en el suroeste de la provincia de Zaragoza, en la cuenca del río Jalón. Nació en 1992 y agrupa 7 municipios situados a las faldas de la sierra de Vicort (Codos, Tobed, Santa Cruz de Grío y su barrio La Aldehuela de Grío, y El Frasnó con las pedanías de Aluenda e Inogés) y en la ribera del río Isuela (Arándiga, Nigüella y Mesones de Isuela). La sede o cabecera del C.R.A. está en El Frasnó. Cuatro de las poblaciones disponen de dos unidades (Codos, El Frasnó, Arándiga y Mesones de Isuela) y Tobed es unitaria, mientras que Nigüella, Santa Cruz de Grío y los barrios tienen las escuelas cerradas. Dicha agrupación fue propuesta en su día por el MEC y asumida por la DGA con las transferencias educativas. Las distancias son grandes y las relaciones entre las dos zonas escasas. Con la comarcalización de Aragón, nuestros pueblos se integran en tres comarcas distintas: Comunidad de Calatayud, Valdejalón y Aranda.

ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizó un taller con exposición teórica y práctica de temas sobre: prevención de riesgos y accidentes, primeros auxilios y práctica de RCP (reanimación cardiopulmonar, obstrucción vía aérea y casos clínicos) constando pues, de estas tres partes y la realización de una encuesta de satisfacción al final del mismo para profesores y alumnos.

La parte teórica se realizará con una exposición mediante montaje de diapositivas de Power Point, esquemática y con ilustraciones para la fácil comprensión de niños y profesores. Los temas que se tratarán serán:

- a) Prevención de riesgos, orientado sobre todo a los más pequeños, con dibujos sobre aquello que se debe y no se debe hacer para prevenir accidentes. En este apartado incluimos:
 - 1) Prevención de accidentes domésticos (enchufes, escaleras, fuego, actividades en la cocina, ingestión de productos tóxicos, medicamentos,, productos de limpieza...etc)
 - 2) Prevención de accidentes y daño ocasionado por vehículos (mirar a ambos lados de la calzada antes de cruzar, uso de cinturón de seguridad, utilización de casco con la bicicleta...
 - 3) Respeto de las señales de peligro, en la playa, en la piscina, en zonas de recreo...
 - 4) Pedir ayuda a los mayores para la realización de tareas peligrosas, como el uso de tijeras, coger objetos punzantes, cocinar...
 - b) Primeros auxilios:
 - 1) Definición y principios generales.
 - 2) Situaciones de emergencia que podemos encontrarlos y actuación en cada caso. En este apartado se explica cómo actuar en caso de una situación de inconsciencia, si respira o no y si está o no en parada cardio-respiratoria, incluyendo aquí la posición lateral de seguridad, actuación ante un atragantamiento (maniobra de Heimlich).
 - 3) Hemorragias: Actuación según gravedad, incidimos en el manejo de las hemorragias más comunes: epistaxis, etc.
 - 4) Insolación, protección solar.
 - 5) Contusiones, actuación.
 - 6) Fracturas: tipos y actuación.
 - 7) Quemaduras.
 - c) Práctica con muñecos: para lo cual dispondremos de maniqués para RCP de adulto y pediátrico con los que se practicarán la puesta en marcha de la cadena de supervivencia y maniobras de reanimación cardiopulmonar así como situación de urgencia que nosotros propongamos. Los muñecos se solicitaron a la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria, que nos los cedió de forma gratuita.
- Material utilizado:
-Ordenador y cañón proyector, muñecos de RCP (Anne y Baby Anne), colchonetas y esterillas, alcohol y gasas para limpiar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La realización de la actividad se planificó de acuerdo a la disponibilidad de horarios del CRA y de los docentes. Se realizó durante el día 5 de mayo, viernes, en la jornada de convivencia que se celebró en las instalaciones del colegio de El Frasnó. La actividad comenzó las 10 de la mañana.

La duración del taller fue de una hora y media por cada grupo de escolares, realizándose un total de tres talleres distribuidos por edades. Infantil, primer ciclo de primaria y segundo ciclo de primaria, durante toda la jornada.

POBLACIÓN DIANA A LA QUE SE IMPARTIÓ EL TALLER

- EDAD. Niños de infantil y primaria del C.R.A. (Centro Rural Agrupado) Vicort-Isuela
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Objetivo población general
- Enmarcado en la línea estratégica de Atención Comunitaria: PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS.

Indicadores propuestos:

-Niños participantes /Total de niños del CRA.
55 escolares participantes/ 58 niños en total

-Niños por escuela participantes/total de niños de cada escuela.

NIÑOS ASISTENTES TOTAL NIÑOS POBLACIÓN

14 14 Mesones

5 6 Arándiga

13 13 El Frasnó

7 7 Tobed

16 18 Codos

-Niños por edades participantes/total de niños

Infantil Total infan 1er cicl pirmar Total 1er cicl

asistent asistentes

12 12 15 16

2º cicl primaria Total 2º ciclo TOTAL ASISTENTES

asitent

28 30 55

-Profesores asistentes. 14 profesores

-Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. La encuesta de profesores tuvo similares características, dejando alguna pregunta abierta para sugerencias, comentarios.

Del total de profesores asistentes 14, sólo se recibieron 7 encuestas sobre el taller.

Estos son los resultados:

1.- En cuanto al desarrollo del curso, te encuentras (satisfacción):
Nada Poco Bastante 5 Mucho 2

2.- En cuanto a la utilidad del mismo para tu trabajo, lo consideras:
Nada Poco Bastante 5 Mucho 2

3.- En cuanto a la utilidad para los niños lo consideras:
Nada Poco Bastante 3 Mucho 4

4.- ¿Consideras adecuado el lugar y entorno donde se ha realizado?
Nada Poco 1 Bastante 5 Mucho 1

5.- ¿Consideras clara la exposición del tema?
Nada Poco Bastante 3 Mucho 4

6.- ¿Consideras adecuado el material utilizado?
Nada Poco Bastante 2 Mucho 5

7.- Consideras el contenido del taller:
Insuficiente Adecuado 5 Excesivo 2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

8.- Considerarías interesante la realización de este tipo de taller adaptado al profesorado?
Nada Poco Bastante 3 Mucho 4

9.- Sugerencias sobre aspectos de este taller o temática que pudiera interesar a alumnos y docentes para otros talleres... (pregunta abierta).
Curas, inmovilizaciones, actuaciones básicas, mareos...etc.

-Resultados de la encuesta de satisfacción niños. Constó de 10 preguntas con cuatro respuestas a elegir entre: Nada, poco, bastante o mucho.

Respondieron a la encuesta un total de 31 niños.

- 7 niños de infantil de 12 asistentes.

- 9 niños de primer ciclo de primaria de 15 asistentes.

- 15 niños de segundo ciclo de primaria de 28 asistentes.

1.- La actividad que hemos realizado me puede servir en caso de necesitarlo:

Nada Poco Bastante 3 1 6 Mucho 4 8 11

2.- El material utilizado, las diapositivas, los muñecos me han gustado:

Nada Poco Bastante 3 2 7 Mucho 4 6 9

3.- He aprendido lo importante que es evitar accidentes que pudieran hacerme daño:

Nada Poco Bastante 4 3 6 Mucho 2 6 11

4.- He aprendido el número de emergencias para avisar ante un peligro o accidente:

Nada Poco Bastante 6 Mucho 7 9 11

5.- He aprendido cosas que antes no conocía: como qué es una parada cardíaca:

Nada Poco 4 1 Bastante 1 5 7 Mucho 2 5 8

6.- He aprendido qué hay que hacer si alguien se atraganta.

Nada Poco 2 3 Bastante 3 3 3 Mucho 2 3 14

7.- He aprendido qué hacer si alguien pierde al consciencia (se desmaya).

Nada Poco 4 4 Bastante 1 2 3 Mucho 1 3 14

8.- He aprendido cómo debo actuar ante una quemadura.

Nada Poco 3 1 2 Bastante 1 4 7 Mucho 3 4 8

9.- He aprendido cómo se pueden curar las heridas.

Nada 1 Poco 1 2 1 Bastante 2 3 3 Mucho 3 4 13

10.- En general: ¿te ha gustado la actividad que hemos realizado?

Nada Poco 1 Bastante 1 4 Mucho 6 8 13

Como aportación de un docente:

Para niños de infantil es difícil la gradación propuesta en las respuestas (diferenciar entre bastante y mucho).

Para rellenar la mayoría de los ítems se les preguntó a los niños qué hacer ante estas situaciones) para la mejor comprensión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

En cuanto a los aspectos organizativos de la actividad, nuestra parte, se ve que si bien se facilitó la realización de la actividad en una jornada, el apretado horario dificultó la realización de un diálogo más extenso con los escolares, donde pudieran participar o exponer sus dudas. Al mismo tiempo dificulta la adaptación de los contenidos para las diferentes edades no disponer de este tiempo. El espacio físico quizás quedó pequeño para moverse con comodidad a la hora de la realización de la práctica.

La realización de las encuestas por parte de los profesores fue de un 50%, por lo que perdemos un feed-back interesante para la organización de estas actividades. Podían haber tenido un papel más dinámico en el taller. La participación en la realización de las actividades por parte de los niños fue activa y atenta y su participación entusiasta, la realización de las encuestas fue mayor en los escolares que por parte de los profesores y se toma nota de la necesidad de adaptar las respuestas especialmente en el tramo de menos edad.

Aspectos como el aprendizaje del número de emergencias 112 y la prevención de accidentes resultan claves.

Conceptos como la parada cardíaca en los más pequeños cuesta entender. En general la actividad gustó a la mayor parte de los niños mucho.

Los docentes consideran interesante (bastante y mucho) realizar la actividad de forma específica para ellos.

Tienen interés en aspectos como manejo de heridas, inmovilizaciones, mareos, etc.

La realización de estas actividades comunitarias se ve facilitada por la apuesta por las mismas por parte de la administración Aspectos organizativos como los desplazamientos, consecución del material, etc, siguen dependiendo de una dosis de voluntariedad de los miembros del equipo participantes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1374 ===== ***

Nº de registro: 1374

Título
MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

Autores:
GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN, JABBOUR NEEMI ISSA, MARIN LAZARO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Objetivo población general
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La evolución de las lesiones ocurridas en un accidente puede depender de la calidad y rapidez de los primeros auxilios recibidos. Así por ejemplo la falta de oxígeno durante una parada cardiorrespiratoria podrá ocasionar en el cerebro lesiones irreversibles, o la muerte.

La baja densidad de población de muchas zonas rurales de nuestro territorio aragonés, su elevada dispersión y el envejecimiento de la misma hacen necesaria la formación de los habitantes de los núcleos rurales para una actuación inmediata que pueda salvar o mejorar la calidad futura de vida de las personas que lo precisen. El espacio natural para iniciar en el adiestramiento sobre primeros auxilios sin duda es la escuela. En nuestro medio, actualmente, no se imparte esta materia como enseñanza reglada y el acercamiento a conceptos sencillos de forma pedagógica y adaptada, puede mejorar las actitudes y aptitudes de los escolares en relación con su salud y autocuidado.

Así mismo la nueva Normativa de marzo del 2015 del Departamento de Educación del Gobierno de Aragón sobre las Instrucciones de Organización y Funcionamiento para la Atención Sanitaria no Titulada en Centros Docentes abre la puerta a una necesaria colaboración y coordinación de esfuerzos entre el ámbito sanitario y el educativo. Por ello hemos estimado oportuna la realización de unos talleres de primeros auxilios en la comunidad educativa rural perteneciente a la zona de salud de Morata de Jalón, facilitando así la adquisición de conocimientos básicos que capaciten tanto a alumnos primero, como a profesores en una segunda fase para una correcta actuación en caso de un accidente, así como concienciar en el protagonismo y autocuidado de los usuarios con su salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Población a la que se dirige el taller:

En una primera parte de esta actividad comunitaria en la escuela, realizaremos el taller orientado a los escolares del C.R.A. (Colegio Rural Agrupado) de VICORT-ISUELA, en concreto de las escuelas pertenecientes a nuestra zona Básica de Salud (Morata de Jalón). Posteriormente y dependiendo de las necesidades de profesores, monitores de comedor, padres y resto de personal, se podrán realizar otros talleres específicos para población adulta.

Un Colegio Rural Agrupado (C.R.A.) es un centro educativo formado por un grupo de pequeñas escuelas rurales que comparten un mismo entorno físico y socio-cultural.

El Colegio Rural Agrupado "Vicort - Isuela" está situado en el suroeste de la provincia de Zaragoza, en la cuenca del río Jalón. Nació en 1992 y agrupa 7 municipios situados a las faldas de la sierra de Vicort (Codos, Tobed, Santa Cruz de Grío y su barrio La Aldehuela de Grío, y El Frasnó con las pedanías de Aluenda e Inogés) y en la ribera del río Isuela (Arándiga, Nigüella y Mesones de Isuela).

La sede o cabecera del C.R.A. está en El Frasnó. Cuatro de las poblaciones disponen de dos unidades (Codos, El Frasnó, Arándiga y Mesones de Isuela) y Tobed es unitaria, mientras que Nigüella, Santa Cruz de Grío y los barrios tienen las escuelas cerradas.

Dicha agrupación fue propuesta en su día por el MEC y asumida por la DGA con las transferencias educativas. Las distancias son grandes y las relaciones entre las dos zonas escasas. Con la comarcalización de Aragón, nuestros pueblos se integran en tres comarcas distintas: Comunidad de Calatayud, Valdejalón y Aranda.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

MÉTODO

Se realizará un taller con exposición teórica y práctica con la exposición de temas sobre prevención de riesgos, primeros auxilios y práctica de RCP (reanimación cardiopulmonar, obstrucción vía aérea y casos clínicos) constará de tres partes y la realización de una encuesta de satisfacción al final del mismo para profesores y alumnos.

INDICADORES

Indicadores propuestos:

- Niños participantes /Total de niños del CRA
- Niños por escuela participantes/total de niños de cada escuela.
- Niños por edades participantes/total de niños
- Profesores asistentes.
- Resultados de la encuesta de satisfacción niños. Constará de 10 preguntas con cuatro respuestas a elegir entre. Nada, poco, bastante o mucho.
- Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. La encuesta de profesores tendrá similares características, dejando alguna pregunta abierta para sugerencias, comentarios.

DURACIÓN

La realización de la actividad se planificará de acuerdo a la disponibilidad de horarios del CRA y de los docentes. Fechas previstas: inicio durante mes de mayo-junio 2017.
Si por motivos de agenda no fuera posible su realización se pospondrá hasta el inicio del curso que viene: mes de octubre.
La duración del taller será de dos horas seguidas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE II) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES, C.S. MORATA DE JALON

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ANA BELEN VELAZQUEZ TRIANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ CASADO MARIA PILAR
MARIN LAZARO RAQUEL
SOPESENS GARETA JOSE MARIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Iniciar en el adiestramiento sobre prevención de accidentes, primeros auxilios y maniobras de RCP en la población escolar del CEIP LUCAS ARRIBAS, durante el año 2018, como proceso iniciado en atención a las escuelas de nuestro Centro de Salud de Morata de Jalón. Esta actividad fue iniciada en el curso 2017 con la impartición del taller a los escolares del CRA (Centro Rural Agrupado) Isuela Vicort.

Se realizó un taller con exposición teórica con montaje de diapositivas y práctica en prevención de accidentes, primeros auxilios y práctica de RCP (reanimación cardiopulmonar, obstrucción vía aérea y casos clínicos) y la cumplimentación de una encuesta de satisfacción al final del mismo para profesores y alumnos.

La parte teórica se realizó con una exposición mediante montaje de diapositivas. La práctica con maniqués para RCP de adulto y pediátrico.

se realizó el 19 de junio del 2018, durante toda la mañana. La duración del taller aproximada fue de una hora y media por cada grupo de escolares.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Niños participantes /Total de niños del CEIP Asistieron la totalidad de niños de la escuela. 54 niños. INFANTIL: 18 niños y niñas: 9 alumnos de 5 años. 9 alumnos de 3 y 4 años. PRIMER Y SEGUNDO CICLO DE PRIMARIA (de 1º a 4º cursos): 12 alumnos. TERCER CICLO DE PRIMARIA: 24 alumnos.

Profesores asistentes. Asistieron un total de 5 profesores.

Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. La encuesta de profesores tiene similares características, dejando alguna pregunta abierta para sugerencias, comentarios.

Resultados de la encuesta de satisfacción niños. Consta de 10 preguntas con cuatro respuestas a elegir entre: Nada, poco, bastante o mucho.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En cuanto a los aspectos organizativos de la actividad, por nuestra parte, vemos que si bien se facilita la realización de la actividad en una jornada, el apretado horario dificulta la realización de un diálogo más extenso con los escolares, donde pudieran participar o exponer sus dudas. Al mismo tiempo dificulta la adaptación de los contenidos para las diferentes edades no disponer de este tiempo.

La asistencia y realización de las encuestas por parte de los profesores fue muy pobre y se pierde la oportunidad de conocimiento mutuo y ofertar al profesorado talleres específicos para ellos. También podían haber tenido un papel más dinámico en el taller, la preparación de estos aspectos en clase puede ayudar a la mejor comprensión de algunos conceptos como parada cardio-respiratoria, atragantamiento.

La participación en la realización de las actividades por parte de los niños fue activa y atenta y su participación entusiasta. Aspectos como el aprendizaje del número de emergencias 112 y la prevención de accidentes, resultan claves. Conceptos como la parada cardíaca en los más pequeños cuesta entender. En general la actividad gustó a la mayor parte de los niños mucho.

Aspectos organizativos como los desplazamientos, consecución del material, etc, siguen dependiendo de una dosis de voluntariedad de los miembros del equipo del centro de salud participantes.

Resulta necesario que una vez se ha comenzado esta relación entre las escuelas: la del C.R.A. (Colegio Rural Agrupado) de VICORT-ISUELA y CEIP LUCAS ARRIBAS de la Zona Básica de salud de Morata de Jalón, se pueda establecer un contacto más cercano que permita interactuar con comunidad educativa y coordinarnos para la realización de futuros talleres de formación para escolares, docentes y/o padres y madres.

7. OBSERVACIONES.

No se incluyen los resultados de la encuesta y el test de conocimientos por falta de espacio.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1374 ===== ***

Nº de registro: 1374

Título
MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE II) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES, C.S. MORATA DE JALON

Autores:

GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN, JABBOUR NEEMI ISSA, MARIN LAZARO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Objetivo población general
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La evolución de las lesiones ocurridas en un accidente puede depender de la calidad y rapidez de los primeros auxilios recibidos. Así por ejemplo la falta de oxígeno durante una parada cardiorrespiratoria podrá ocasionar en el cerebro lesiones irreversibles, o la muerte.

La baja densidad de población de muchas zonas rurales de nuestro territorio aragonés, su elevada dispersión y el envejecimiento de la misma hacen necesaria la formación de los habitantes de los núcleos rurales para una actuación inmediata que pueda salvar o mejorar la calidad futura de vida de las personas que lo precisen.

El espacio natural para iniciar en el adiestramiento sobre primeros auxilios sin duda es la escuela. En nuestro medio, actualmente, no se imparte esta materia como enseñanza reglada y el acercamiento a conceptos sencillos de forma pedagógica y adaptada, puede mejorar las actitudes y aptitudes de los escolares en relación con su salud y autocuidado.

Así mismo la nueva Normativa de marzo del 2015 del Departamento de Educación del Gobierno de Aragón sobre las Instrucciones de Organización y Funcionamiento para la Atención Sanitaria no Titulada en Centros Docentes abre la puerta a una necesaria colaboración y coordinación de esfuerzos entre el ámbito sanitario y el educativo. Por ello hemos estimado oportuna la realización de unos talleres de primeros auxilios en la comunidad educativa rural perteneciente a la zona de salud de Morata de Jalón, facilitando así la adquisición de conocimientos básicos que capaciten tanto a alumnos primero, como a profesores en una segunda fase para una correcta actuación en caso de un accidente, así como concienciar en el protagonismo y autocuidado de los usuarios con su salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Población a la que se dirige el taller:

En una primera parte de esta actividad comunitaria en la escuela, realizaremos el taller orientado a los escolares del C.R.A. (Colegio Rural Agrupado) de VICORT-ISUELA, en concreto de las escuelas pertenecientes a nuestra zona Básica de Salud (Morata de Jalón). Posteriormente y dependiendo de las necesidades de profesores, monitores de comedor, padres y resto de personal, se podrán realizar otros talleres específicos para población adulta.

Un Colegio Rural Agrupado (C.R.A.) es un centro educativo formado por un grupo de pequeñas escuelas rurales que comparten un mismo entorno físico y socio-cultural.

El Colegio Rural Agrupado "Vicort - Isuela" está situado en el suroeste de la provincia de Zaragoza, en la cuenca del río Jalón. Nació en 1992 y agrupa 7 municipios situados a las faldas de la sierra de Vicort (Codos, Tobed, Santa Cruz de Grío y su barrio La Aldehuela de Grío, y El Frasno con las pedanías de Aluenda e Inogés) y en la ribera del río Isuela (Arándiga, Nigüella y Mesones de Isuela).

La sede o cabecera del C.R.A. está en El Frasno. Cuatro de las poblaciones disponen de dos unidades (Codos, El Frasno, Arándiga y Mesones de Isuela) y Tobed es unitaria, mientras que Nigüella, Santa Cruz de Grío y los barrios tienen las escuelas cerradas.

Dicha agrupación fue propuesta en su día por el MEC y asumida por la DGA con las transferencias educativas. Las distancias son grandes y las relaciones entre las dos zonas escasas. Con la comarcalización de Aragón, nuestros pueblos se integran en tres comarcas distintas: Comunidad de Calatayud, Valdejalón y Aranda.

MÉTODO

Se realizará un taller con exposición teórica y práctica con la exposición de temas sobre prevención de riesgos, primeros auxilios y práctica de RCP (reanimación cardiopulmonar, obstrucción vía aérea y casos clínicos) constará de tres partes y la realización de una encuesta de satisfacción al final del mismo para profesores y alumnos.

INDICADORES

Indicadores propuestos:

- Niños participantes /Total de niños del CRA
- Niños por escuela participantes/total de niños de cada escuela.
- Niños por edades participantes/total de niños
- Profesores asistentes.
- Resultados de la encuesta de satisfacción niños. Constará de 10 preguntas con cuatro respuestas a elegir entre. Nada, poco, bastante o mucho.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE II) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES, C.S. MORATA DE JALON

-Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. La encuesta de profesores tendrá similares características, dejando alguna pregunta abierta para sugerencias, comentarios.

DURACIÓN

La realización de la actividad se planificará de acuerdo a la disponibilidad de horarios del CRA y de los docentes. Fechas previstas: inicio durante mes de mayo-junio 2017.

Si por motivos de agenda no fuera posible su realización se pospondrá hasta el inicio del curso que viene: mes de octubre.

La duración del taller será de dos horas seguidas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN R.C.P. BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DE LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON. PARTE II

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE EVA LACORT BELTRAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN
SOPESENS GARETA JOSE MARIANO
NAVARRO LOPEZ JAVIER
ABAD TUDELA CORO
MARIN LAZARO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se trata de la continuación del proyecto iniciado en 2017 para la difusión de las maniobras de RCP y manejo del DESA en la población adulta del ámbito rural.
El primer taller se realizó en la población de Codos y a través del Consejo de Salud se dio a conocer en el resto de poblaciones de la Zona básica de Salud del CS de Morata de Jalón. Programándose para el año 2018 el taller de Mesones de Isuela, población en la que se realizó el día 4 de marzo del 2019.
En nuestro medio no existe un conocimiento amplio por parte de la población de estas maniobras. La Zona Básica de salud de Morata de Jalón: Nigüella, Mesones de Isuela, Arándiga, Morata, Chodes, Sta. Cruz de Grío, Tobed y Codos. De estas premisas parte la necesidad de este proyecto.
Se utilizaron torsos de adulto para la práctica de RCP adulto y Baby para la de niños. Se utilizaron también: ordenador portátil y cañón de vídeo del Centro de Salud, fotocopias de carteles y encuestas. Se utilizaron las instalaciones del ayuntamiento, la utilización de conexión wi-fi para la visualización de los vídeos.
Se realizó una primera parte teórica con la exposición de un montaje de diapositivas así como la visualización de vídeos relacionados con la resucitación cardiopulmonar. En una segunda parte se realizaron las prácticas sobre torsos de reanimación de adultos y niños, así como escenificación con voluntarios de algunos de los supuestos que se explican a continuación.
Se describen las siguientes situaciones:
-Identificación de signos vitales: consciencia, respiración y pulso.
-Identificación situación de inconsciencia y principales causas.
-Identificación de la situación de inconsciencia con respiración y pulso normales: apertura de vía aérea y posición lateral de seguridad.
-Identificación de la situación de parada cardiorrespiratoria y activación sistema de emergencias.
-Técnica de resucitación cardiopulmonar: punto de masaje, frecuencia masaje y ventilaciones, etc.
-Situación de atragantamiento: maniobra de Heimlich.
-Técnicas específicas en resucitación y atragantamiento pediátricos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº de talleres realizados por consultorio de cabecera. Un taller realizado en Mesones de Isuela.
Nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona. Total de participantes 17 de una población censada de 281 habitantes en 2018 (tarjetas sanitarias 200). Media de edad de 57,3 años, edades comprendidas entre 21 y 69 años. De los 17 participantes del taller, 16 fueron mujeres y un varón.
Nº de aprobados en el test/nº test realizados. Se detalla a continuación el test realizado. En general los participantes valoraron como bastantes o muchos los conocimientos adquiridos en realización masaje cardíaco, apertura de vía aérea, número de emergencias, posición lateral de seguridad o maniobra de Heimlich.
Encuesta de satisfacción de usuarios. Se detalla a continuación. Se recibieron 17 encuestas. La mayor parte de los participantes consideraron muy útil y muy necesaria su impartición.
Se sugirieron otros temas a tratar: Heridas sangrantes, espalda sana, hipertensión, cáncer de mama (autoexploración,...), diabetes, repetición del taller de RCP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este tipo de talleres resulta de sumo interés para la población y los docentes. La participación en el taller así lo demuestra.
La realización del taller por la tarde facilitó la asistencia de los participantes.

En general el nivel de conocimientos adquiridos ha sido valorado como bastante y mucho por parte de los asistentes: pérdida de consciencia, cómo se realiza apertura de vía aérea, el lugar del tórax donde se realiza el masaje cardíaco.

El grado de satisfacción también ha sido muy alto y consideran en su mayor parte, muy útil la realización de este tipo de taller para el ámbito rural en el que viven y desarrollan su actividad.

Para el equipo del centro de salud supone una oportunidad de contacto y relación con los pacientes en otro ámbito fuera de la consulta generándose mayor vínculo con los pacientes así como una oportunidad de mejorar la asistencia en una situación de emergencia como es la parada cardio-respiratoria.

Se plantea continuar con adiestramiento de la población adulta en otras localidades en las que se adquieran

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN R.C.P. BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DE LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON. PARTE II

D.E.S.A. asociaciones deportivas de nuestra comunidad.

7. OBSERVACIONES.

HAN CAMBIADO RESPECTO A LA PLANIFICACIÓN INICIAL, ALGUNOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE CALIDAD ASÍ COMO LA COORDINADORA DEBIDO A CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN, TRASLADOS, ETC, EN EL CENTRO DE SALUD.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1375 ===== ***

Nº de registro: 1375

Título
CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON

Autores:
VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN, GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, JABBOUR NEEMI ISSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población general rural
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las paradas cardíacas (PC) extrahospitalarias son un problema de primera magnitud para la salud pública. Así, se estima que cada año se producen en España más de 24.500, lo que equivale a una media de una parada cardíaca cada 20 minutos, ocasionando 4 veces más muertes que los accidentes de tráfico.

El funcionamiento de la "cadena de socorro o de supervivencia" es fundamental para lograr mejorar las tasas de supervivencia tras un evento dramático como es la Parada Cardio- Respiratoria (PCR).

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 la vida", 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 (antes de 4 minutos), mientras se consigue acceder a la desfibrilación (8 minutos) y al soporte vital avanzado. Todos estos elementos hacen que en un medio donde hay dispersión 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 por parte de la población de estas maniobras. En nuestra población desde el centro de salud (Morata de Jalón) hasta el núcleo rural más alejado (Codós), hay 40 minutos. Por otra parte la dotación con DESA por parte del Ayuntamiento hacen deseable el conocimiento de su manejo por parte de dicha población. Será extensible esta iniciativa a otros núcleos rurales del Centro de Salud. De estas premisas parte la necesidad de este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Iniciar un proceso de concienciación, formación y participación de la población general (adultos) sobre la importancia de la correcta detección y realización de la RCP precoz.
-Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del centro y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR, mediante la optimización de cada paso en la cadena de supervivencia. Manjo del DESA por parte de población no sanitaria en el ámbito rural.
-Motivación de los profesionales participantes en la tarea de formar y formarse en esta materia.

MÉTODO

Se realizará un taller formativo con parte teórica (a través de montaje de diapositivas) y un aparte práctica con la utilización de torsos- maniqués Anne y Baby Anne, así como Desfibrilador Semiautomático. La duración aproximada será de una hora y media cada taller.
Se prevee realizar un taller por cada núcleo rural que lo solicite. Si el número de participantes fuera elevado se desdoblará el taller para la mejor realización y aprovechamiento de la práctica. Número ideal de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN R.C.P. BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DE LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON. PARTE II

participantes por taller (15-20).

INDICADORES

INDICADORES PROPUESTOS INICIALMENTE:

- nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.
- nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.
- Nº de aprobados en el test/nº test realizados.
- Encuesta de satisfacción de usuarios.
- Encuesta satisfacción de profesionales.

DURACIÓN

La duración aproximada será de una hora y media cada taller.

Se prevee realizar un taller por cada núcleo rural que lo solicite. Si el número de participantes fuera elevado se desdoblará el taller para la mejor realización y aprovechamiento de la práctica. Número ideal de participantes por taller (15-20).

Se prevee un primer taller durante los meses de octubre o noviembre del presente año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ANA BELEN VELAZQUEZ TRIANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MORATA DE JALON
· Localidad MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JABBOUR NEEMI ISSA
GISTAS QUILEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

DETECCIÓN DEL PROBLEMA Y LA OPORTUNIDAD DE MEJORA.

Las paradas cardíacas (PC) extrahospitalarias son un problema de primera magnitud para la salud pública. Así, se estima que cada año se producen en España más de 24.500, lo que equivale a una media de una parada cardíaca cada 20 minutos, ocasionando 4 veces más muertes que los accidentes de tráfico.

El funcionamiento de la "cadena de socorro o de supervivencia" es fundamental para lograr mejorar las tasas de supervivencia tras un evento dramático como es la Parada Cardio- Respiratoria (PCR).

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 la vida", 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 (antes de 4 minutos), mientras se consigue acceder a la desfibrilación (8 minutos) y al soporte vital avanzado. Todos estos elementos hacen que en un medio donde hay dispersión 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 por parte de la población de estas maniobras.

De estas premisas parte la necesidad de este proyecto.

La Zona básica de salud de Morata de Jalón:

Nigüella, Mesones de Isuela, Arándiga, Morata, Chodes, Sta. Cruz de Grío, Tobed y Codos.

El taller de RCP y manejo de D.E.S.A. se realizó en la fecha del 19 de diciembre del 2017 en la población de Codos, a las 12:30 horas en el local del Centro de Día. Se comienza en Codos, al ser ésta la primera población en la que se ha dispuesto de desfibrilador semiautomático.

El taller tuvo una duración aproximada de una hora y media. Se realizó la difusión fundamentalmente mediante bandos y carteles en diferentes lugares de la población: Ayuntamiento, residencia de ancianos, puerta del consultorio, tienda local.

Se utilizaron torsos de adulto para la práctica de RCP adulto y Baby para la de niños.

Se utilizaron las instalaciones del ayuntamiento con la utilización de conexión wi-fi para la visualización de los vídeos.

Se utilizaron también los ordenadores portátiles personales de los docentes así como el cañón de vídeo del Centro de Salud de Morata de Jalón. Las fotocopias para los carteles y las encuestas también se realizan en el centro de salud.

Los desplazamientos (coste en combustible) corrieron a cargo de los docentes por ausencia de financiación específica.

CONTENIDO DEL TALLER: (Anexo III)

Se realiza una primera parte teórica con la exposición de un montaje de diapositivas así como la visualización de vídeos relacionados con la resucitación cardiopulmonar, para lo cual se utiliza ordenador portátil personal y cañón de vídeo del centro de salud. En una segunda parte se realizan las prácticas sobre torsos de reanimación de adultos y niños, así como escenificación con voluntarios de algunos de los supuestos que se explican a continuación.

En cuanto a los contenidos de la exposición:

Se incide en la relevancia del tema: prevalencia, la dispersión en nuestra Zona básica de Salud, así como la definición de cadena de supervivencia y la importancia de la activación precoz.

Se describen los protocolos del Consejo Europeo de Resucitación con las últimas recomendaciones del 2015.

Se describen las siguientes situaciones:

- Identificación de signos vitales: consciencia, respiración y pulso.
- Identificación situación de inconsciencia y principales causas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON

- Identificación de la situación de inconsciencia con respiración y pulso normales: apertura de vía aérea y posición lateral de seguridad.
- Identificación de la situación de parada cardiorrespiratoria y activación sistema de emergencias. Visualización de vídeo con respiración tipo "gasping".
- Técnica de resucitación cardiopulmonar: punto de masaje, frecuencia masaje y ventilaciones, etc. Visualización de vídeo.
- Situación de atragantamiento: maniobra de Heimlich, visualización de vídeo.
- Técnicas específicas en resucitación y atragantamiento pediátricos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS. OBJETIVOS PROPUESTOS E INDICADORES.

- Iniciar un proceso de concienciación, formación y participación de la población general (adultos) sobre la importancia de la correcta detección y realización de la RCP precoz.
- Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del centro y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR, mediante la optimización de cada paso en la cadena de supervivencia.
- Motivación de los profesionales participantes en la tarea de formar y formarse en esta materia.

INDICADORES PROPUESTOS INICIALMENTE:

- ? nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.
- ? nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.
- ? Nº de aprobados en el test/nº test realizados.
- ? Encuesta de satisfacción de usuarios.
- ? Encuesta satisfacción de profesionales.

RESULTADOS.

En cuanto a los indicadores propuestos:

Nº de talleres realizados por consultorio de cabecera. En este caso un primer taller en la población de Codos.
Nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.
Han acudido 21 personas, total de habitantes censados 226.

Participación por género: 16 mujeres y 5 hombres.

Edades medias de los participantes: Se han recogido sólo las edades de los participantes que rellenaron la encuesta de satisfacción (16) y el test de conocimientos (17). La edad media fue de 55.2, la edad mínima fue de 20 años y 77 el participante de más edad.

1. Nº de aprobados en el test/nº test realizados. Se adjuntan los resultados del test cualitativo.
2. Encuesta de satisfacción de usuarios. Se adjuntan los resultados.
3. Encuesta satisfacción de profesionales. Se adjuntan los resultados.

TEST DE CONOCIMIENTOS TALLER RCP ADULTOS Población 17 encuestas

Rodea la respuesta que consideres:

- | | | | | | | |
|--|------|------|----------|----|-------|----|
| 1.- He aprendido el número de emergencias para avisar ante un peligro o accidente: | Nada | Poco | Bastante | 2 | Mucho | 15 |
| 2.- He aprendido qué hacer si alguien pierde la consciencia (se desmaya) | Nada | Poco | Bastante | 5 | Mucho | 12 |
| 3.- He aprendido cuál es la posición lateral de seguridad | Nada | Poco | Bastante | 12 | Mucho | 5 |
| 4.- He aprendido cómo se abre la vía aérea | Nada | Poco | Bastante | 5 | Mucho | 12 |
| 5.- He aprendido qué es una parada cardiaca. | Nada | Poco | Bastante | 13 | Mucho | 4 |
| 6.- He aprendido en qué lugar del tórax se realiza el masaje cardíaco. | Nada | Poco | Bastante | 5 | Mucho | 12 |
| 7.- He aprendido la frecuencia de compresiones torácicas y ventilación. | Nada | Poco | Bastante | 9 | Mucho | 8 |
| 8.- He aprendido cómo se maneja el Desfibrilador Semiautomático. | Nada | Poco | Bastante | 12 | Mucho | 4 |
| 9.- He aprendido qué hay que hacer si alguien se atraganta (Maniobra de Heimlich) | Nada | Poco | Bastante | 9 | Mucho | 8 |
| 10.- En general: ¿te ha gustado la actividad que hemos realizado? | Nada | Poco | Bastante | | Mucho | 16 |

Sugerencias para mejorar: temas a tratar, etc...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS ASISTENTES:

- Edad..... Varón ? 6 Mujer ? 10
- 1.- En cuanto a la realización de este curso-taller de reanimación cardiopulmonar usted se encuentra:
a. Nada satisfecho. b. Poco satisfecho. c. Bastante satisfecho. 6 d. Muy satisfecho. 10
- 2.- En cuanto a la utilidad de realizarlo en la zona rural, en su lugar de trabajo, etc. lo considera:
a. Nada útil. b. Poco útil. c. Bastante útil. 1 d. Muy útil. 15
- 3.- En cuanto a los aspectos organizativos:
- 3.1. Usted considera el lugar y el entorno donde se ha realizado:
a. Nada adecuado. b. Poco adecuado. c. Bastante adecuado. 5 d. Muy adecuado. 11
- 3.2. Usted considera el material utilizado:
a. Nada adecuado. b. Poco adecuado. c. Bastante adecuado. 4 d. Muy adecuado. 12
- 3.3. Considera la exposición:
a. Nada clara. b. Poco clara. c. Bastante clara. 2 d. Muy clara. 14
- 3.4. Considera el contenido del curso:
a. Insuficiente. b. Adecuado. 15 c. Excesivo.
- 4.- Usted considera la realización de talleres similares con otros temas:
a. No necesaria. b. Poco necesaria. c. Bastante necesaria. 10 d. Muy necesaria. 5
- 5.- ¿Qué temas le gustaría se pudieran tratar en otros talleres?
- 6.- Si lo desea puede realizar alguna sugerencia o crítica que nos ayude a mejorar para futuros cursos, gracias

Sugerencias realizadas por parte de los participantes para la realización de otros talleres:
Primeros auxilios, traumatismos, más sesiones de RCP anualmente, cortes profundos y pérdida de miembros, curas, atención a mayores, hipo e hiperglucemias y crisis hipertensivas y episodios de hipotensión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La realización de este tipo de talleres resulta de sumo interés para la población y los docentes. La participación en el taller así lo demuestra.

En cuanto a la organización del mismo, el horario propuesto dificultó la asistencia de otros interesados que se encontraban en horario laboral.

Las instalaciones y la disposición del consistorio han hecho posible la realización del taller en un ambiente y medios adecuados, así como la difusión para la realización del mismo.

En general el nivel de conocimientos adquiridos ha sido valorado como bastante y mucho por parte de los asistentes: pérdida de consciencia, cómo se realiza apertura de vía aérea, el lugar del tórax donde se realiza el masaje cardíaco.

El grado de satisfacción también ha sido muy alto y consideran en su mayor parte, muy útil la realización de este tipo de taller para el ámbito en el que viven y desarrollan su actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1375 ===== ***

Nº de registro: 1375

Título
CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON

Autores:
VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN, GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, JABBOUR NEEMI ISSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población general rural
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las paradas cardíacas (PC) extrahospitalarias son un problema de primera magnitud para la salud pública. Así, se estima que cada año se producen en España más de 24.500, lo que equivale a una media de una parada cardíaca cada 20 minutos, ocasionando 4 veces más muertes que los accidentes de tráfico.

El funcionamiento de la "cadena de socorro o de supervivencia" es fundamental para lograr mejorar las tasas de supervivencia tras un evento dramático como es la Parada Cardio- Respiratoria (PCR).

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 la vida", 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 (antes de 4 minutos), mientras se consigue acceder a la desfibrilación (8 minutos) y al soporte vital avanzado. Todos estos elementos hacen que en un medio donde hay dispersión 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 por parte de la población de estas maniobras. En nuestra población desde el centro de salud (Morata de Jalón) hasta el núcleo rural más alejado (Codos), hay 40 minutos. Por otra parte la dotación con DESA por parte del Ayuntamiento hacen deseable el conocimiento de su manejo por parte de dicha población. Será extensible esta iniciativa a otros núcleos rurales del Centro de Salud. De estas premisas parte la necesidad de este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Iniciar un proceso de concienciación, formación y participación de la población general (adultos) sobre la importancia de la correcta detección y realización de la RCP precoz.
-Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del centro y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR, mediante la optimización de cada paso en la cadena de supervivencia. Manjo del DESA por parte de población no sanitaria en el ámbito rural.
-Motivación de los profesionales participantes en la tarea de formar y formarse en esta materia.

MÉTODO

Se realizará un taller formativo con parte teórica (a través de montaje de diapositivas) y un aparte práctica con la utilización de torsos- maniqués Anne y Baby Anne, así como Desfibrilador Semiautomático. La duración aproximada será de una hora y media cada taller.
Se prevee realizar un taller por cada núcleo rural que lo solicite. Si el número de participantes fuera elevado se desdoblará el taller para la mejor realización y aprovechamiento de la práctica. Número ideal de participantes por taller (15-20).

INDICADORES

INDICADORES PROPUESTOS INICIALMENTE:
nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.
nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.
Nº de aprobados en el test/nº test realizados.
Encuesta de satisfacción de usuarios.
Encuesta satisfacción de profesionales.

DURACIÓN

La duración aproximada será de una hora y media cada taller.
Se prevee realizar un taller por cada núcleo rural que lo solicite. Si el número de participantes fuera elevado se desdoblará el taller para la mejor realización y aprovechamiento de la práctica. Número ideal de participantes por taller (15-20).
Se prevee un primer taller durante los meses de octubre o noviembre del presente año 2017.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0152

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑÁN

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE LUISA HUERTAS BADOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SABIÑÁN
· Localidad SABIÑÁN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROLDAN GUILLEN MARIA PILAR
JASO GRAU DOLORES
MERINO LABORDA JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el último trimestre de 2016, fue diseñada la hoja de recogida de datos de las intervenciones realizadas (datos demográficos, motivo, localización, técnica...)

PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR EAP SABIÑÁN

ID _____

AÑO MES DIA ORDEN _____

SEXO

H/M

EDAD

MOTIVO QUE HA JUSTIFICADO LA CIRUGÍA

1 ESTÉTICO 2 DOLOR/MOLESTIA 3 MIEDO A MALIGNIDAD 4 OTRAS

NÚMERO LESIONES

(HASTA 10 1,2,3,,,,,, Y >10)

AGRUPADAS EN UNA LOCALIZACIÓN

1 SI 2 NO

IMÁGENES

1 SI 2 NO

LESIÓN 1

LOCALIZACIÓN

1 CABEZA 2CUELLO 3 TRONCO 4 EESS 5 EEII 6 AXILAS 7 OTRAS

MUESTRA AP

1 SI 2 NO

TÉCNICA

1 ELECTROCIRUGÍA 2 ESCISIÓN 3 CRIOTERAPIA 4 OTRAS

RESULTADO AP

VER ANEXO 1

como la encuesta de satisfacción (compuesta por 5 preguntas cerradas).

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR E.A.P. SABIÑÁN

Por favor, buscando mejorar nuestra atención, le agradeceríamos que contestase las siguientes preguntas. Gracias.

1º. El tiempo que pasó desde que fue la primera vez a su médico con el problema hasta que se lo han resuelto ¿le ha parecido...?

Mucho tiempo Un tiempo adecuado Muy rápido

2º. Las explicaciones que le dió el médico que le atendió sobre lo que le iban a hacer ¿le han parecido...?

Excesivas Adecuadas Muy pocas

3º La limpieza e higiene de la sala e instalaciones ¿le ha parecido...?

Mala Buena Muy buena

4º Como cree en general que le han atendido en relación a su problema?

Muy bien Bien Regular Mal

5º En caso de presentar un problema similar

Acudiría al mismo sitio

Acudiría a un lugar distinto con distintos profesionales

Le da igual el sitio y los profesionales

NS/NC

Desde enero de 2017 se están utilizando ambas, también se recoge consentimiento informado expreso previo a la intervención.

En el mes de octubre de 2017, han sido diseñadas las bases de datos para recoger y analizar los resultados derivados de las dos hojas de recogida previas.

Desde entonces y hasta final de año, se ha procedido al traspaso de los mismos a estas bases para su posterior análisis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0152

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑAN

Durante el año 2017, se han realizado un total de 28 intervenciones, en todos los casos se ha cumplimentado la hoja de recogida de datos y entregado encuesta para su cumplimentación de forma anónima. En 26 casos esa encuesta ha sido entregada por los pacientes y tan solo en dos casos no ha sido cumplimentada.

A día de hoy está pendiente la realización de análisis estadístico más exhaustivo sobre los resultados obtenidos, pero un análisis previo sobre los resultados de la encuesta de satisfacción, reflejan una muy buena aceptación del programa.

El tiempo que pasó desde que fué la primera vez a su médico con el problema hasta que se lo han resuelto ¿le ha parecido...? Mucho tiempo 0% Un tiempo adecuado 30,77% Muy rápido 69,23%

Las explicaciones que le dió el médico que le atendió sobre lo que le iban a hacer ¿le han parecido...? Excesivas 0% Adecuadas 100% Muy pocas 0%

La limpieza e higiene de la sala e instalaciones ¿le ha parecido...? Mala 0% Buena 53,85% Muy buena 46,15%

Como cree en general que le han atendido en relación a su problema? Muy bien 88,46% Bien 11,54% Regular 0% Mal 0%

En caso de presentar un problema similar Acudiría al mismo sitio 100%

Acudiría a un lugar distinto con distintos profesionales 0%

Le da igual el sitio y los profesionales 0%

NS/NC 0%

El análisis de los datos demográficos, tipo de lesión, técnica utilizada y otros items, está pendiente de realizar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras llevar un año de implantación de este sistema de recogida de datos y control de las actividades realizadas, se ha objetivado una mejora en las satisfacción de los usuarios que valoran muy positivamente la accesibilidad a esta unidad, así como el trato recibido.

Es preciso continuar con el desarrollo del mismo, aunque ahora puede verse limitado por la jubilación de la persona que realizaba principalmente esta actividad.

Con los datos obtenidos, debemos realizar una análisis más completo para comprobar la utilidad del programa no solo en la eliminación de lesiones benignas, si no de aquellas con componente de malignidad que gracias al programa son detectadas con mayor premura.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/152 ===== ***

Nº de registro: 0152

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑAN

Autores:
HUERTAS BADOS MARIA LUISA, ROLDAN GUILLEN MARIA PILAR, JASO GRAU DOLORES, MERINO LABORDA JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑAN

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

PROBLEMA
Tras analizar los resultados de la actividad desarrollada en este programa durante los últimos cinco años, se detectaron fallos de registro en el procedimiento que generan una oportunidad de mejora, en concreto no se especificaban el número de lesiones resecaadas, ni aclaraba localización. Así mismo en algún caso no figuraba en HC, la existencia de consentimiento informado previo.

Otros puntos débiles que se aprecian son la falta de formación, falta de espacio físico para ello, variabilidad en los registros y gran problemática a la hora de encontrar el instrumental adecuado, necesario y en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0152

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑAN

condiciones óptimas.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad de los registros del programa de cirugía menor así como todo el circuito, desde la derivación, a la obtención del resultado de la anatomía patológica de las lesiones resecaadas.
Unificación de criterios respecto al instrumental preciso.
Mejorar la satisfacción de los pacientes.

MÉTODO

Se diseñará un protocolo en el que incluir todos los pasos, desde la detección del caso susceptible de incluir en programa, derivación, consentimiento informado, cumplimentación del protocolo y recepción del resultado. (HUERTAS, ROLDÁN)

Diseñar una encuesta de satisfacción del usuario que se cumplimentará tras la realización de la actividad quirúrgica. (JASO, MERINO)

Realizar sesiones formativas sobre el material preciso, su mantenimiento y organización.(HUERTAS, ROLDÁN)

INDICADORES

Indicador 1: Resultado. Número de pacientes incluido en el programa de cirugía menor en cuya HC, figure consentimiento informado (estándar 100%)
Los datos se obtienen con la revisión sistemática de las HC de los pacientes incluidos en el programa

Indicador 2: Resultado. Porcentaje de pacientes incluido en el programa de cirugía menor en cuya HC y dentro del protocolo, figura en número de lesiones resecaadas y su localización. (mínimo 75%)

Indicador 3: Satisfacción. Porcentaje de pacientes incluido en el programa de cirugía menor que reflejan estar satisfechos con el proceso (mínimo 50%)

DURACIÓN

Fecha de inicio: septiembre 2016

Fecha finalización: diciembre 2017

Cronograma:

septiembre 2016 elaboración de la encuesta de satisfacción y protocolo de derivación.

octubre 2016 Implementación del protocolo y encuesta, previa puesta en conocimiento d etodos los miembros del EAP.

mayo 2017: Primera evaluación de resultados

diciembre 2017 evaluación definitiva de resultados y detección de posibles oportunidades de mejora.

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 - 2016/1156

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE LOURDES VICIOSO ELIPE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAVIÑAN
· Localidad SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROLDAN GUILLEN MARIA PILAR
IBARZO SANCHEZ CLAUDIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año se han realizado dentro del programa formativo, tres sesiones clínicas orientadas a mejorar la formación de los facultativos en la prescripción a mayores de 75 años.

Anciano Polimedificado 02/02/2017

Bioética y prescripción médica. 9/03/2017

Medicamentos UTB: 18/05/2017

También se han realizado controles periódicos del cuadro de mandos sobre los indicadores a los que hace referencia el proyecto de mejora.

Se han realizado revisiones por parte de cada profesional de los listados de pacientes incluidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como primer objetivo alcanzado es de destacar la implicación del personal para adecuar las cifras.

Respecto al

Indicador 1 Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años.

Objetivo: < 12% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

A día 31/12/2017, la tasa se encuentra en el 10,57%, logrando el objetivo inicial al reducir en más de cinco puntos la tasa (enero 2017 15,68%) y habiendo mejorado en todos los cupos y tan solo uno se encuentra por encima del 12% (12,33%)

En cuanto al

Indicador 2 Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años.

Objetivo: < 10% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

La tasa actual es del 10,57%, mínima mejoría que además en algún cupo ha supuesto incluso aumento de la tasa, ya que solo uno ha disminuido por debajo del 10%. Este podría justificarse en que se trata de cupos pequeños, en los que pequeñas variaciones pueden desencadenar grandes cambios porcentuales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La formación en temas de URM y el análisis periódico de los indicadores recogidos en el cuadro de mandos, facilitan la intervención y la mejora de la prescripción, que a la larga redundan en un consumo de recurso más eficiente y una reducción de efectos adversos en nuestros pacientes

7. OBSERVACIONES.

Dado que no se han logrado los objetivos iniciales marcados, se propone alargar por un periodo de al menos seis meses este proyecto de mejora.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1156 ===== ***

Nº de registro: 1156

Título
MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Autores:
VICIOSO ELIPE LOURDES, ROLDAN GUILLEN MARIA PILAR, IBARZO SANCHEZ CLAUDIO, JASO GRAU DOLORES, MERINO LABORDA JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Ancianos

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: pluripatología

Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1156

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La población atendida por nuestro equipo, es una población envejecida lo que conlleva pluripatología y consecuente polimedición, que en muchos casos puede provocar daños en la salud de nuestros pacientes. Partiendo de los datos actuales, si bien se cumple el criterio como equipo, se sitúa en la zona alta del rango (15,01% y 12,24% respectivamente) y algún CIAs lo supera, por lo que creemos conveniente intervenir para reducir en la medida de lo posible los posibles efectos indeseados

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir el porcentaje de fármacos inapropiados utilizados por los médicos que desarrollan su labor en nuestro EAP.

MÉTODO

1. Realizar actividades formativas, dentro del programa de formación propio del equipo, dirigido a formación en URM, más concretamente en lo relacionados a mayores de 75 años.

2. Trabajar cada CIAs de forma individual según listados del cuadro de mandos, identificando a los pacientes en potencial riesgo y depurando dentro d elo posible los tratamientos que siguen.

INDICADORES

Los utilizados dentro del acuerdo de gestión.

Indicador 1 Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años.

Objetivo: < 12% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

Fuente: Cuadro de Mandos Farmacia.

Indicador Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años.

Objetivo: < 10% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

Fuente: Cuadro de Mandos Farmacia.

DURACIÓN

Formación continuada a lo largo de todo el año 2017, que se irá adecuando según las necesidades detectadas basadas en la evolución de los indicadores del cuadro de mandos.

Todos los médicos del EAP se implicarán en temas de formación.

La evaluación final coincidirá con la evaluación final del año del AGC.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1156

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE LOURDES VICIOSO ELIPE
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro CS SAVIÑAN
 · Localidad SAVIÑAN
 · Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 · Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 MERINO LABORDA JOAQUIN
 JASO GRAU DOLORES
 IBARZO SANCHEZ CLAUDIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2017 se han realizado dentro del programa formativo, tres sesiones clínicas orientadas a mejorar la formación de los facultativos en la prescripción a mayores de 75 años.

Anciano Polimedocado 02/02/2017
 Bioética y prescripción médica. 9/03/2017
 Medicamentos UTB: 18/05/2017

En el año 2018 se han realizado otras cuatro sesiones clínicas relacionadas con el URM y anciano.

Anciano frágil 25/04/2018
 Fármacos inapropiados en mayores 75 años 7/9/2018
 Notificación Reacciones adversas medicamentosas 2/10/2018
 Uso racional Antibióticos 11/12/2018

Se han realizado controles periódicos del cuadro de mandos sobre los indicadores a los que hace referencia el proyecto de mejora tanto durante 2017 como 2018 (11/01/18-20/02/18 - 17/05/18 - 06/11/18)
 Se han realizado revisiones periódicas por parte de cada profesional de los listados de pacientes incluidos de cara a posibles actuaciones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como primer objetivo alcanzado es de destacar la implicación del personal para adecuar las cifras, realizando análisis periódicos e implementando las acciones precisas siempre que fuese posible

Respecto al

Indicador 1 Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años.

Objetivo: < 12% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

A día 31/12/2018, la tasa se encuentra en el 11,95%, logrando el objetivo inicial al reducir en casi cuatro puntos (3,73%) la tasa de enero 2017 15,68% y habiendo mejorado en todos los cupos aunque dos de ellos se encuentran ligeramente por encima del 12% (12,09% y 12,31%)

INAPROPIADOS	ENERO 2017	DICIEMBRE 2018	VARIACIÓN
TOTAL	15,68%	11,95%	-3,73%
CUPO 1	18,18%	11,49%	-6,69%
CUPO 2	14,29%	11,84%	-2,45%
CUPO 3	15,43%	12,09%	-3,34%
CUPO 4	14,49%	12,31%	-2,18%

En cuanto al

Indicador 2 Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años.

Objetivo: < 10% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

La tasa actual a día 31/12/2018 es del 10%, mínima mejoría de poco más de un punto, aunque alcanzando el objetivo. además habiendo mejorado en todos los cupos salvo en uno que ha sufrido un aumento de la tasa (curiosamente el que más bajo lo tenía de forma inicial), y dos han disminuido por debajo del 10%.

ANTICOLINÉRGICO	ENERO 2017	DICIEMBRE 2018	VARIACIÓN
TOTAL	11,16%	10,00%	-1,16%
CUPO 1	12,12%	8,05%	-4,07%
CUPO 2	8,79%	10,53%	1,74%
CUPO 3	11,73%	11,54%	-0,19%
CUPO 4	11,59%	7,69%	-3,90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1156

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Los datos han sido obtenidos del cuadro de mandos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La formación en temas de URM y el análisis periódico de los indicadores recogidos en el cuadro de mandos, facilitan la intervención y la mejora de la prescripción, que a la larga redundan en un consumo de recurso más eficiente y una reducción de efectos adversos en nuestros pacientes

A pesar de la implicación de todos los miembros del equipo en el proyecto de mejora y evaluación continua de los indicadores hemos detectado variaciones escasas e incluso algún incremento no esperado. Este podría justificarse en que se trata de cupos pequeños, en los que pequeñas variaciones pueden desencadenar grandes cambios porcentuales. También se ha detectado que alguno de los fármacos recogidos no provienen de una prescripción desde atención primaria sino que se trata de continuaciones de prescripciones realizadas por especialistas hospitalarios, lo que dificulta la intervención sobre la prescripción de los mismos.

Como RECOMENDACIÓN FINAL, se decide el mantener la continua revisión de los indicadores recogidos en el cuadro de mando con seguimiento particular de cada uno de los pacientes incluidos en los listados para que si es posible se modifiquen prescripciones no correctas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1156 ===== ***

Nº de registro: 1156

Título
MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Autores:
VICIOSO ELIPE LOURDES, ROLDAN GUILLEN MARIA PILAR, IBARZO SANCHEZ CLAUDIO, JASO GRAU DOLORES, MERINO LABORDA JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatología
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La población atendida por nuestro equipo, es una población envejecida lo que conlleva pluripatología y consecuente polimedicación, que en muchos casos puede provocar daños en la salud de nuestros pacientes. Partiendo de los datos actuales, si bien se cumple el criterio como equipo, se sitúa en la zona alta del rango (15,01% y 12,24% respectivamente) y algún CIAs lo supera, por lo que creemos conveniente intervenir para reducir en la medida de lo posible los posibles efectos indeseados

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir el porcentaje de fármacos inapropiados utilizados por los médicos que desarrollan su labor en nuestro EAP.

MÉTODO

1. Realizar actividades formativas, dentro del programa de formación propio del equipo, dirigido a formación en URM, más concretamente en lo relacionados a mayores de 75 años.

2. Trabajar cada CIAs de forma individual según listados del cuadro de mandos, identificando a los pacientes en potencial riesgo y depurando dentro d elo posible los tratamientos que siguen.

INDICADORES

Los utilizados dentro del acuerdo de gestión.

Indicador 1 Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años.

Objetivo: < 12% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1156

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Fuente: Cuadro de Mandos Farmacia.

Indicador Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años.

Objetivo: < 10% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

Fuente: Cuadro de Mandos Farmacia.

DURACIÓN

Formación continuada a lo largo de todo el año 2017, que se irá adecuando según las necesidades detectadas basadas en la evolución de los indicadores del cuadro de mandos.

Todos los médicos del EAP se implicarán en temas de formación.

La evaluación final coincidirá con la evaluación final del año del AGC.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1157

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL CONTRATO PROGRAMA RELACIONADOS CON LOS PROGRAMAS RELACIONADOS CON PACIENTES DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE JESUS BLAS GABARDA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SAVIÑAN
· Localidad SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CIMORRA JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año se han realizado reuniones de enfermería. Cada enfermero ha realizado búsqueda activa de casos en los que no estuviese correctamente cumplimentado.
Se han realizado controles periódicos del cuadro de mandos sobre los indicadores a los que hace referencia el proyecto de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los tres indicadores a los que hace referencia el proyecto son.
Riesgo de caídas: Desde una cobertura inicial en enero del 86,5% se ha llegado a una cobertura en el momento del análisis del 100%, cumpliendo totalmente el objetivo.
Test de Zarit: Desde una cobertura inicial en enero del 80,9% se ha llegado a una cobertura en el momento del análisis del 90,48%, un incremento de casi un 10%, que a pesar de poder mejorarse, cumple el objetivo inicial..
Test de Norton: ya inicialmente con cobertura del 100%, que se ha mantenido todo el año, hasta el momento actual..

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El análisis individualizado y por cupos de las coberturas a través del cuadro de mandos, facilita la cobertura de los indicadores que hacen referencia a los distintos programas.
Las reuniones del personal de enfermería para analizar posibles problemas puntuales, mejoran la cumplimentación de los programas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1157 ===== ***

Nº de registro: 1157

Título
MEJORA DE LA COBERTURA DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL CONTRATO PROGRAMA RELACIONADOS CON LOS PROGRAMAS RELACIONADOS CON PACIENTES DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS

Autores:
HUERTAS BADOS MARIA LUISA, MARTIN CIMORRA JAVIER, BLAS GABARDA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PLURIPATOLOGÍA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: COBERTURA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A pesar de que en el corte final, la cobertura de los indicadores relacionados con los pacientes dependientes e inmobilizados han mejorado, se ha detectado una cobertura irregular de los mismos, más si cabe al tratarse de pacientes habitualmente bien controlados y con múltiples visitas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1157

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL CONTRATO PROGRAMA RELACIONADOS CON LOS PROGRAMAS RELACIONADOS CON PACIENTES DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención en todos los pacientes dependientes e inmovilizados, que podrán ser evaluados mediante la mejora de cobertura recogida en el AGC del año 2017

MÉTODO

1. Búsqueda activa de casos DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS, según listados de programas para revisar, la cumplimentación de los indicadores. Colocar indicativo (FLASH), en aquellos que lo incumplan
2. Complimentar de forma anual la pregunta sobre riesgo de caídas y grabar el DGP a pesar de estar dado como realizado dentro de los planes personales.
3. Complimentar de forma anual el Test Norton y grabar el DGP
4. Complimentar de forma anual el Test Zarit y grabar el DGP
5. Sesiones formativas para mejorar la calidad de registro en el entorno OMI-AP.

INDICADORES

Indicador Pacientes Programa Dependiente/ Inmovilizado con registro sobre Riesgo de caídas en el último año (%).
Definición: Porcentaje de pacientes con diagnóstico de dependiente y Barthel = 90, que al menos tiene un registro de riesgo de caídas, en el período a?
Fórmula Numerador: (SERV_326A): Pacientes incluidos en el denominador que al menos tiene un registro en el DGP CAÍDAS ('CCAIDAS' = 'S' o 'N') en el período de evaluación (período a?)
Denominador (SERV_326_pob): Pacientes con diagnóstico de DEPENDIENTE (Z28 o A99), con el DGP "DVFUNCIO" entre 1 y 90 y algún registro en el período de evaluación (período a?)
Fuente OMI-AP

Indicador Pacientes incluidos en PAECD con valoración del riesgo de ulceración en el último año
Definición: Proporción de pacientes con diagnóstico de dependiente (Z28 o A99) identificados como dependientes (DGP "DVFUNCIO" entre 1 y 60), que al menos tiene un registro en el DGP "DPNORTON" en el período de evaluación
Fórmula Numerador (SERV_326): Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28 o A99) que al menos tiene un registro en el DGP "DPNORTON" en el período de evaluación (período a?)
Denominador (SERV_326_pob): Pacientes con diagnóstico DEPENDIENTE (Z28 o A99), con el DGP "DVFUNCIO" entre 1 y 60 y algún registro en el período de evaluación
Fuente OMI-AP

Indicador Pacientes dependientes/ inmovilizados en los que se ha identificado el estado del cuidador (Test de Zarit) en el último año (%).
Definición: Porcentaje de Pacientes dependientes o inmovilizados en los que se ha identificado el estado del cuidador (Test de Zarit) en el período a?
Fórmula Numerador: (SERV_326B): Pacientes incluidos en el denominador que al menos tienen un registro en el DGP PUNTUACION ZARIT ('DPZARIT' ENTRE 0 y 88) en el período de evaluación (período a?)
Denominador (SERV_326_pob): Pacientes con diagnóstico de INMOVILIZADO (A28) o de DEPENDIENTE (Z28 o A99) con el DGP "DVFUNCIO" entre 1 y 90, y algún registro en el período de evaluación (período a?)
Fuente OMI-AP

DURACIÓN

Esta previsto realizar las acciones de mejora a lo largo de todo el año 2017, utilizando como herramienta de control, los datos aportados en los sucesivos cortes realizados en los indicadores incluidos en los AGC. Todo el personal de enfermería será responsable de la implementación de las acciones de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1158

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION Y ATENCION DE PACIENTES CON EPOC

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE JOAQUIN MERINO LABORDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAVIÑAN
· Localidad SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLAS GABARDA JESUS
MARTIN CIMORRA JAVIER
SANCHEZ REMACHA CARLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año se han realizado controles periódicos del cuadro de mandos sobre los indicadores a los que hace referencia el proyecto de mejora.

Se han realizado revisiones por parte de cada profesional de los listados de pacientes incluidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador Pacientes con diagnostico de EPOC y registro de síntomas

respiratorios en el último año (%). En el momento de diseñar el proyecto de mejora (septiembre 2016), la cobertura era del 38,6%.

Tras la implementación de las medidas y en el momento del cierre, la cobertura se encuentra en el 88%, si bien hay variación entre cupos desde un 62% (un cupo) a un 100%.

Indicador Pacientes con Diagnostico de EPOC y con intervención de Limpieza Ineficaz de Vías aéreas (%). En el momento de diseñar el proyecto de mejora (septiembre 2016), la cobertura era del 47,4%.

Tras la implementación de las medidas y en el momento del cierre, la cobertura se encuentra en el 84%, si bien hay variación entre cupos desde un 72% (un cupo) a un 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El programa del paciente EPOC, no estaba correctamente incorporado en la rutina de trabajo, muchas veces por ser pacientes que no acuden con tanta frecuencia a consulta.

Tras la búsqueda activa se ha podido mejorar el registro y cumplimentación del programa.

Se debe realizar análisis permanente del cuadro de mandos para monitorizar cualquier desviación en la cumplimentación de indicadores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1158 ===== ***

Nº de registro: 1158

Título
MEJORA EN LA DETECCION Y ATENCION DE PACIENTES CON EPOC

Autores:
MERINO LABORDA JOAQUIN, BLAS GABARDA JESUS, MARTIN CIMORRA JAVIER, SANCHEZ REMACHA CARLA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

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

Dado que la EPOC, se encuentra dentro de los objetivos estratégicos para el año 2017, a pesar que nuestro registra datos por encima de la media, creemos indicado dada la motivación de los miembros del EAP, continuar esta línea, aumentando el diagnóstico mediante la realización de espirometrías y la atención y control a los pacientes, con el fin de mejorar el control de la enfermedad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1158

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION Y ATENCION DE PACIENTES CON EPOC

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la prevalencia detectada de pacientes con EPOC y el control de su patología potenciando la actividad de enfermería en lo relacionado con este proceso.

MÉTODO

1. Formación continuada relacionada con EPOC y con la mejora de calidad de registro en OMI-AP.
2. Búsqueda activa de casos EPOC, según listados de programas para revisar, la cumplimentación de los indicadores. Colocar indicativo (FLASH), en aquellos que lo incumplan
3. Cumplimentar al menos de forma anual ambos indicadores, aunque se deberán reflejar y apuntar en los planes personales tantas veces como se realice

INDICADORES

Indicador Pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año (%).

Definición Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año.
Fórmula Numerador (SERV_307E): Pacientes incluidos en el denominador con al menos un registro en el último año en el DGP (`CRESPIR? = S o N).

Denominador (SERV_307): Población entre 40-80 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro en el periodo de evaluación.

Fuente OMI-AP

Indicador Pacientes con Diagnóstico de EPOC y con intervención de Limpieza Ineficaz de Vías aéreas (%).

Definición Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas, en el último año.

Fórmula Numerador (SERV_307F): Pacientes incluidos en el denominador con al menos un registro en el último año en los DGP LIMPIEZA INEFICAZ VÍAS AÉREAS ('NA_00031' = 1) y MANEJO VÍAS AÉREAS ('LIV_3140'=1)

Denominador (SERV_307): Población entre 40-80 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro en el periodo de evaluación.

Fuente OMI-AP

DURACIÓN

Formación continuada a lo largo de todo el año.

Responsables, tanto personal médico como de enfermería del EAP.

Evaluación final coincidente con el corte final de diciembre de 2017 del AGC.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE DOLORES JASO GRAU
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAVIÑAN
· Localidad SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HUERTAS BADOS LUISA
VICIOSO ELIPE LOURDES
PUERTA RICA ANA
MENDIZ ORTIGAS MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ORGANIZACIÓN:

El personal encargado del programa (Dolores Jaso y Luisa Huertas), a lo largo de 2017, ha realizado un curso para formadores en RCP en el H Calatayud (18/10/16 al 27/10/2016).

Se impartieron sesiones clínicas al personal del EAP como parte de su instrucción, con fechas:

01/06/17: TALLER RCP TEORÍA
06/06/17: TALLER RCP PRÁCTICA
07/06/17: TALLER RCP PRÁCTICA
24/10/17: TALLER RCP AVANZADA TEORÍA.

En la primera quincena de septiembre de 2017, contacto con el Ayuntamiento de Sestrica para concretar fechas y lugar de realización del curso.

Se colocaron carteles informativos en los lugares habilitados en la localidad de Sestrica. (Ayuntamiento, Consulta, Farmacia y tablón público).

Con fecha 2/12/2017, contacto telefónico con Unidad Docente HCU para solicitar material necesario para el curso. Los días 12 y 13 de diciembre se imparten las sesiones formativas en la población de Sestrica. Para las sesiones se utiliza presentación power point que describe los elementos básicos en RCP a conocer por los discentes. Apoyo con muñeco y DESA.

INTERVENCIÓN:

Se ha realizado, taller grupal de dos sesiones, ambas impartidas de forma conjunta por Dolores Jaso y Luisa Huertas. Las sesiones se han impartido en "la casa del secretario" de Sestrica.

Teórico 12/12/17 3 horas
Práctico 13/12/17 3 horas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han apuntado al curso un total de 11 personas, todas ellas mujeres, aunque finalmente participaron nueve de ellas

Consideramos el objetivo cumplido en gran parte, al haber adquirido conocimientos básicos de actuación ante una situación de urgencia tras la formación impartida.

La participación ha sido activa en todo momento, implicándose en el desarrollo del taller, tanto en la realización de maniobras como en el uso del DESA.

Se ha elaborado una encuesta final de satisfacción del curso, con cuatro items que se valoran de 1-10 y una pregunta abierta de sugerencias.

La evaluación de la misma ha dado como resultado.

¿Se han cubierto los objetivos y expectativas que tenías respecto al curso? (evaluar del 1 al 10)

Valor medio: 9,6

¿En qué grado son útiles y aplicables los contenidos aprendidos? (evaluar del 1-10)

Valor medio: 9,8

La metodología empleada por los docentes, ¿ha sido adecuada para el correcto desarrollo de las sesiones?

Valor medio: 9,9

Cuál es tu valoración global del curso

Valor medio: 9,9

En el apartado propuestas, la demanda generalizada es la de repetir nuevas sesiones formativas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Respecto al OBJETIVO INICIAL: "Mejorar los conocimientos en salud en la comunidad. Capacitar a la población para actuar en situaciones de salud que así lo requieran." estimamos que este ha sido alcanzado en parte, ya que se ha conseguido movilizar a la población e implicarla en esta formación y mejorar sus conocimientos, si bien el llegar a la capacitación de la misma, creemos que requiere de un mayor desarrollo del programa con aumento de actividades formativas.

Es importante dotar a la población de conocimientos y habilidades básicas para actuar ante situaciones de emergencia, que pueda a la postre mejorar la supervivencia tras un evento grave.

Sería conveniente adecuar los contenidos teóricos al nivel de conocimientos previos de la población en la que se va a realizar la actividad formativa. Se podría desarrollar un test previo de conocimientos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN

Dada la importancia del tema y la repercusión en la primera población donde se ha implementado el programa, está previsto ampliar la oferta del mismo a otras localidades de nuestra Zona Básica de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1159 ===== ***

Nº de registro: 1159

Título
FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN

Autores:
JASO GRAU DOLORES, HUERTAS BADOS MARIA LUISA, VICIOSO ELIPE LOURDES, PUERTA RICA ANA, MENDIZ ORTIGAS MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑAN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DADO QUE LA ZONA DE ATENCIÓN DE NUESTRO EAP, ES UNA ZONA RURAL DE AMPLIA DISPERSIÓN, PARECE CONVENIENTE LA POSIBILIDAD DE MEJORAR POR PARTE DE LA POBLACIÓN, SUS CONOCIMIENTOS SOBRE COMO ACTUAR EN CASO DE SITUACIÓN DE EMERGENCIA, HASTA QUE LOS SERVICIOS MÉDICOS ACUDAN AL LUGAR.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS EN SALUD EN LA COMUNIDAD. CAPACITAR A LA POBLACIÓN PARA ACTUAR EN SITUACIONES DE SALUD QUE ASÍ LO REQUIERAN.

MÉTODO
FORMACIÓN A CARGO DE MIEMBROS DEL EAP, DIRIGIDA A TODAS AQUELLAS PERSONAS INETERESADAS EN EL TEMA.

SE CONTACTARÁ CON LOS DISTINTOS AYUNTAMIENTOS, PARA OFERTAR LA ACTIVIDAD.

INDICADORES
INDICADOR 1: NÚMERO DE SESIONES FORMATIVAS IMPARTIDAS.
ESTANDAR: DADO QUE SE TRATA DE UNA NUEVA ACTIVIDAD Y QUE DEPENDE DE TERCEROS, SE FIJÁ UN ESTANDAR MÍNIMO PARA ESTE AÑO DE UNA SESIÓN FORMATIVA.
FUENTE DE DATOS: REGISTRO DE ACTIVIDADES FORMATIVAS.

INDICADOR 2: SATISFACCIÓN: AL MENOS EL 50% DE LOS ASISTENTES CONSIDERAN ADECUADA LA ACTIVIDAD .
FUENTE DE DATOS: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

DURACIÓN
CADA SESIÓN FORMATIVA SERÁ DE UNA DURACIÓN NO INFERIOR A UNA HORA.
CONTACTO CON AYUNTAMIENTOS PARA DIVULGACIÓN.

RESPONSABLES (LOS DEL PROYECTO)

EN CASO DE ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA POBLACIÓN EL PROGRAMA PODRÍA ALARGARSE EN EL TIEMPO. AL MENOS UNA SESIÓN DURANTE 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 - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SAVIÑAN

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE DOLORES JASO GRAU
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAVIÑAN
· Localidad SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HUERTAS BADOS LUISA
MENDIZ ORTIGAS MARTA
VICIOSO ELIPE LOURDES
PUERTA RICA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ORGANIZACIÓN:

El personal encargado del programa (Dolores Jaso y Luisa Huertas), a lo largo de 2017, ha realizado un curso para formadores en RCP en el H Calatayud (18/10/16 al 27/10/2016).

Se impartieron sesiones clínicas al personal del EAP como parte de su instrucción, con fechas:

01/06/17: TALLER RCP TEORÍA
06/06/17: TALLER RCP PRÁCTICA
07/06/17: TALLER RCP PRÁCTICA
24/10/17: TALLER RCP AVANZADA TEORÍA.

En la primera quincena de septiembre de 2017, contacto con el Ayuntamiento de Sestrica para concretar fechas y lugar de realización del curso.

Se colocaron carteles informativos en los lugares habilitados en la localidad de Sestrica. (Ayuntamiento, Consulta, Farmacia y tablón público).

Con fecha 2/12/2017, contacto telefónico con Unidad Docente HCU para solicitar material necesario para el curso. Los días 12 y 13 de diciembre se imparten las sesiones formativas en la población de Sestrica.

El 16/01/2019 se imparte la sesión formativa en la población de Morés, se decide hacerlo en una sola jornada en horario de mañana. Se ha seguido la misma dinámica que el año anterior en cuanto al material necesario.

Para las sesiones se utiliza presentación power point que describe los elementos básicos en RCP a conocer por los discentes. Apoyo con muñeco y DESA.

INTERVENCIÓN:

En el año 2017 Se ha realizado, taller grupal de dos sesiones, ambas impartidas de forma conjunta por Dolores Jaso y Luisa Huertas. Las sesiones se han impartido en "la casa del secretario" de Sestrica.

Teórico 12/12/17 3 horas
Práctico 13/12/17 3 horas

En el año 2018 (16/01/2019) se ha impartido por las mismas docentes una sesión teórico práctica de cinco horas de duración en la población de Morés (ayuntamiento)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En Sestrica se han apuntado al curso un total de 11 personas, todas ellas mujeres, aunque finalmente participaron nueve de ellas.

En Morés las asistentes han sido 18

Consideramos el objetivo cumplido en gran parte, al haber adquirido conocimientos básicos de actuación ante una situación de urgencia tras la formación impartida.

La participación ha sido activa en todo momento, implicándose en el desarrollo del taller, tanto en la realización de maniobras como en el uso del DESA.

Se ha elaborado una encuesta final de satisfacción del curso, con cuatro items que se valoran de 1-10 y una pregunta abierta de sugerencias.

La evaluación de la misma ha dado como resultado.

¿Se han cubierto los objetivos y expectativas que tenías respecto al curso? (evaluar del 1 al 10)

Valor medio: Sestrica 9,6 Morés 9,4

¿En qué grado son útiles y aplicables los contenidos aprendidos? (evaluar del 1-10)

Valor medio: Sestrica 9,8 Morés 9,8

La metodología empleada por los docentes, ¿ha sido adecuada para el correcto desarrollo de las sesiones?

Valor medio: Sestrica 9,9 Morés 10

Cuál es tu valoración global del curso

Valor medio: Sestrica 9,9 Morés 9,6

En el apartado propuestas, la demanda generalizada es la de repetir nuevas sesiones formativas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante dotar a la población de conocimientos y habilidades básicas para actuar ante situaciones de emergencia, que pueda a la postre mejorar la supervivencia tras un evento.

Sería conveniente adecuar los contenidos teóricos al nivel de conocimientos previos de la población en la que se va a realizar la actividad formativa. Se podría desarrollar un test previo de conocimientos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SAVIÑAN

Dada la importancia del tema y la repercusión en la primera población donde se ha implementado el programa, está previsto mantener la oferta del mismo a otras localidades de nuestra Zona Básica de Salud y seguir realizando esta actividad en los próximos años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1159 ===== ***

Nº de registro: 1159

Título
FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SAVIÑAN

Autores:
JASO GRAU DOLORES, HUERTAS BADOS MARIA LUISA, VICIOSO ELIPE LOURDES, PUERTA RICA ANA, MENDIZ ORTIGAS MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DADO QUE LA ZONA DE ATENCIÓN DE NUESTRO EAP, ES UNA ZONA RURAL DE AMPLIA DISPERSIÓN, PARECE CONVENIENTE LA POSIBILIDAD DE MEJORAR POR PARTE DE LA POBLACIÓN, SUS CONOCIMIENTOS SOBRE COMO ACTUAR EN CASO DE SITUACIÓN DE EMERGENCIA, HASTA QUE LOS SERVICIOS MÉDICOS ACUDAN AL LUGAR.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS EN SALUD EN LA COMUNIDAD. CAPACITAR A LA POBLACIÓN PARA ACTUAR EN SITUACIONES DE SALUD QUE ASÍ LO REQUIERAN.

MÉTODO
FORMACIÓN A CARGO DE MIEMBROS DEL EAP, DIRIGIDA A TODAS AQUELLAS PERSONAS INETERESADAS EN EL TEMA.

SE CONTACTARÁ CON LOS DISTINTOS AYUNTAMIENTOS, PARA OFERTAR LA ACTIVIDAD.

INDICADORES
INDICADOR 1: NÚMERO DE SESIONES FORMATIVAS IMPARTIDAS.
ESTANDAR: DADO QUE SE TRATA DE UNA NUEVA ACTIVIDAD Y QUE DEPENDE DE TERCEROS, SE FIJÁ UN ESTANDAR MÍNIMO PARA ESTE AÑO DE UNA SESIÓN FORMATIVA.
FUENTE DE DATOS: REGISTRO DE ACTIVIDADES FORMATIVAS.

INDICADOR 2: SATISFACCIÓN: AL MENOS EL 50% DE LOS ASISTENTES CONSIDERAN ADECUADA LA ACTIVIDAD .
FUENTE DE DATOS: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

DURACIÓN
CADA SESIÓN FORMATIVA SERÁ DE UNA DURACIÓN NO INFERIOR A UNA HORA.
CONTACTO CON AYUNTAMIENTOS PARA DIVULGACIÓN.

RESPONSABLES (LOS DEL PROYECTO)

EN CASO DE ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA POBLACIÓN EL PROGRAMA PODRÍA ALARGARSE EN EL TIEMPO. AL MENOS UNA SESIÓN DURANTE 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SAVIÑAN

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1265

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERVENCION POR LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS EN OMI-AP EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2017

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS ARANDA GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES MERINO YOLANDA
PEÑALOSA GARCIA ISABEL
ARRIBAS DIAZ EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En reunión del EAP del 20 de abril se presenta y aprueba el proyecto. Se extrae del cuadro de mandos la cobertura del mismo en ese mes y se comenta y analiza.
Se acuerda que sea enfermería la encargada de realizar la actividad y registrarla en OMI-AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado una evaluación cuatrimestral. Los datos se han extraído del cuadro de mandos.
Evaluación abril (inicio del programa): cobertura: 64,29%
Evaluación agosto: 65,52%
Al finalizar el año la cobertura es del 100 %. Standard: 75,6%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización del proyecto ha resultado sencilla una vez que se ha asumido en el día a día de la consulta de enfermería la revisión de los planes personales en el paciente EPOC.
Una vez asumida la mecánica del proceso no resulta complicado mantenerlo en años sucesivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1265 ===== ***

Nº de registro: 1265

Título
REGISTRO DE INTERVENCION POR LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS EN OMI-AP EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2017

Autores:
ARANDA GRACIA MARIA JESUS, MORALES MERINO YOLANDA, PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL, ARIBAS DIAZ EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

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: objetivos asistenciales

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una de las tareas asignadas a la Atención Primaria es el manejo y control de los pacientes con EPOC. El proceso de atención a la EPOC se presenta como una secuencia de actividades integradas que tienen lugar en diferentes momentos con medidas de prevención, atención y rehabilitación. Una de estas actividades consiste en la detección de limpieza ineficaz de vías aéreas, así como el adiestramiento al paciente o su cuidador en actitudes y procedimientos que puedan hacer eficaz la limpieza de sus vías aéreas. Por ello, el registro de esta actividad en OMI-AP constituye uno de los objetivos del Acuerdo de Gestión Clínica que el EAP firma con la Dirección de Atención Primaria cada año. El pasado año este objetivo no fue alcanzado por el EAP. Nos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1265

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERVENCION POR LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS EN OMI-AP EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2017

proponemos alcanzarlo este año.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas en el paciente EPOC en el último año. Al finalizar 2017 el porcentaje de pacientes diagnosticados de EPOC y registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas en el último año será igual o superior al 75,6 %

MÉTODO

Investigar en los pacientes diagnosticado de EPOC si no pueden expulsar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio e incidir en lo posible en la conducta del paciente o del cuidador para mejorar la fluidez de las secreciones o facilitar su expulsión.

Registrar estas actividades en planes personales de OMI_AP

INDICADORES

% Pacientes diagnosticados de EPOC y con registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en el último año. Pacientes incluidos en el denominador con al menos un registro en el último año en LIMPIEZA INEFICAZ VÍAS AÉREAS y MANEJO VÍAS AÉREAS / Población entre 40-80 años con diagnóstico de EPOC y algún registro en el ultimo año * 100
Al finalizar el año 2017 se debe haber alcanzado una cobertura del 75,6 %

Fuente de información para el seguimiento y la evaluación: Cuadro de Mandos de Acuerdos de Gestión.

DURACIÓN

Seguimiento con periodicidad cuatrimestral y evaluación al finalizar 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 - 2016/1266

1. TÍTULO

REGISTRO EN OMI-AP DE PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA A QUIENES SE HA PREGUNTADO POR CONSUMO DE TABACO EN EL AÑO 2017

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE EDUARDO ABELLO GIRALDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARRILLO SORIA SANDRO
MORALES MERINO YOLANDA
AZON LOPEZ ESTHER
ARRIBAS DIAZ EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En reunión del EAP del 20 de abril se presenta y aprueba el proyecto. Se incide en la idea de realizar la actividad también en Atención continuada, como forma de captar pacientes jóvenes que habitualmente no acuden a las consultas habituales. Se extrae del cuadro de mandos la cobertura del mismo en ese mes y se comenta y analiza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado una evaluación cuatrimestral. Los datos se han extraído del cuadro de mandos.
Evaluación abril (inicio del programa): cobertura: 35,6%
Evaluación agosto: 40,38%
Evaluación al finalizar 2017: 74,52%. Standard: 59,3%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Resulta difícil alcanzar los objetivos de cobertura, porque los pacientes que acuden habitualmente a consulta ya tienen la actividad cumplimentada. Sin embargo existe una bolsa de pacientes que no acuden o lo hacen esporádicamente y resulta más difícil recabar la información de ellos. A pesar de ello se ha alcanzado el objetivo al finalizar el año, gracias al desarrollo de la actividad en atención continuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1266 ===== ***

Nº de registro: 1266

Título
REGISTRO EN OMI-AP DE PERSONAS > DE 15 AÑOS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA A QUIENES SE HA PREGUNTADO POR CONSUMO DE TABACO EN EL AÑO 2017

Autores:
ABELLO GIRALDEZ EDUARDO, CARRILLO SORIA EDUARDO, MORALES MERINO YOLANDA, AZON LOPEZ ESTHER, ATRIBAS DIAZ EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

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: Objetivos asistenciales

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Una de las tareas asignadas a la Atención Primaria es el manejo y control de los pacientes con EPOC. El factor más importante causante de la enfermedad es el tabaquismo. A nivel sanitario la estrategia anti tabaco se desarrolla fundamentalmente en la Atención Primaria. Pero para planificar y desarrollar las distintas actividades tendentes a la reducción del consumo de tabaco es necesario conocer la "bolsa" de pacientes fumadores y por tanto es imprescindible interrogar a todos los pacientes sobre su hábito tabáquico. Por ello,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1266

1. TÍTULO

REGISTRO EN OMI-AP DE PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA A QUIENES SE HA PREGUNTADO POR CONSUMO DE TABACO EN EL AÑO 2017

el registro de esta actividad en OMI-AP constituye uno de los objetivos del Acuerdo de Gestión Clínica que el EAP firma con la Dirección de Atención Primaria cada año. El pasado año este objetivo no fue alcanzado por el EAP. Nos proponemos alcanzarlo este año. Hemos detectado que la mayor parte de los pacientes que no son interrogados sobre hábito tabáquico corresponden a pacientes jóvenes que no suelen frecuentar la consulta médica habitual y que su contacto con la atención primaria suele ser en horario de atención continuada. Por tanto nos proponemos ampliar esta actividad de registro también a la atención primaria urgente.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el registro de personas mayores de 15 años a los que se les ha interrogado por consumo de tabaco en los últimos dos años., para ello:

Al finalizar 2017 el porcentaje de pacientes a los que se les ha preguntado y registrado en OMI sobre su hábito tabáquico en los dos últimos años deberá ser igual o superior al 59,3 %.

MÉTODO

Interrogar sobre hábito tabáquico a todos los pacientes que acudan a consulta y especialmente los que acuden en periodo de atención continuada .

Registrar estas actividades en los planes personales de OMI_AP.

INDICADORES

Población = 15 años en quienes consta realizado el DGP "TABACO" en los últimos 2 años/ Población = 15 años con algún registro en el periodo de evaluación * 100

Al finalizar el año 2017 se debe haber alcanzado una cobertura del 59,3 %

Fuente de información para el seguimiento y la evaluación: Cuadro de Mandos de Acuerdos de Gestión.

DURACIÓN

Seguimiento con periodicidad cuatrimestral y evaluación al finalizar 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 - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE CODES GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Nº Sesiones clínicas realizadas: 5
- Fechas: 15/5/17 - 12/06/17 - 19/06/17 - 22/06/17 - 29/06/17
- EAPS: Alhama de Aragón, Daroca, Sabiñán, Morata de Jalón y Villarroya de la Sierra.
- Recursos: Cañón, PowerPoint, Dermatoscopio
- Materiales: Entrega de la presentación a los asistentes.
- Evaluación: Recogida de firmas y encuesta de evaluación de la sesión clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Porcentaje de EAPs del Sector formados en dermatoscopia:

Fuente de Datos: Registro de las sesiones formativas

- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector

- Límite inferior: 40% de los EAP :

- Límite superior: 100% de los EAP

% Alcanzado Indicador Nº 1: 50%

2. Porcentaje de Médicos de Familia formados en dermatoscopia

Fuente de Datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas

Valor a alcanzar: 70% de los MF de cada EAP

Límite inferior: 20% de los MF de cada EAP

Límite superior: 100% de los MF de cada EPA

- Alhama de Aragón: 00/6 = 90%

- Daroca: 00/7 = 72%

- Sabiñán: 00/4 = 78%

- Morata de Jalón: 00/5 = 100%

- Villarroya: 00/3 = 100%

% Alcanzado Indicador nº2: 88%

Resultados alcanzados:

Médicos de Familia:

- Aprendizaje del uso del dermatoscopio.

- Mayor comprensión diagnóstica de las lesiones dermatológicas.

- Manejo de las lesiones melanocíticas.

- Reducción de la incertidumbre diagnóstica en las lesiones melanocíticas

Usuarios:

- Accesibilidad a la técnica diagnóstica.

- Evitación desplazamientos a la consulta del dermatólogo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Incluir a los profesionales de enfermería en dicha habilidad diagnóstica puede mejorar la cobertura diagnóstica de las lesiones melanocíticas.

- Continuar con dicho proyecto durante 2018 tras la petición del resto de los EAPs.

7. OBSERVACIONES.

- La excedencia por maternidad de la dermatóloga ha sido un impedimento para alcanzar completa cobertura de las sesiones clínicas a todos los EAPs..

- El indicador nº 3 (CMA en AP), no podemos calcularlo por problema informático.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1101 ===== ***

Nº de registro: 1101

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

DERMATOSCOPIA EN AP

Autores:

CODES GOMEZ JOSE, BUENO PASCUAL MARGARITA, BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS

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

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. Es una técnica muy ligada a la Cirugía Menor que se realiza en los Centros de Salud, pues ayuda a precisar mucho el diagnóstico de las lesiones dermatológicas y por lo tanto decidir sobre biopsiar o extirparlas en las mismas consultas. Con todo ello, el MF, gana capacitación y satisfacción del paciente al no tener que desplazarse al hospital. Con el plan de necesidades de este año se dotó a cada EAP de un dermatoscopio tipo Dermlite III 3GEN. Tras un curso de dermatoscopia realizado en el Sector dado por la dermatóloga de nuestro hospital, se planteó la posibilidad de llevarlo a todos los equipos dado el éxito de participación y el número elevado de facultativos que no pudieron hacerlo y solicitaron continuar con dicha formación. Se trata de un objetivo que está en consonancia con el objetivo estratégico de fomentar las consultas monográfica del Departamento para el CP 2017.

RESULTADOS ESPERADOS

La DAP potenciará y facilitará la formación en Dermatoscopia en todos los EAPs del Sector.

MÉTODO

Acciones previstas:

Curso:

- 1 Sesión clínicas de 2 hora en cada EAP.
- 1 Taller de 2 hora en cada EAP.

Recursos:

- Dermatoscopio Dermlite DL100 3Gen.

INDICADORES

INDICADOR 1:

- Nombre del indicador: Equipos del Sector formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de equipos formados en dermatoscopia / nº de equipos del sector
- Fuente de datos: Registro de las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite inferior: 40% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

INDICADOR 2:

- Nombre del indicador: Médicos formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de MF formados en dermatoscopia/nº de MF del sector
- Fuente de datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 70% de los MF de cada EAP
- Límite inferior: 20% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

DURACIÓN

Iº Trimestre 2017:

- Sesiones clínicas y talleres en todos los EAPs

IIº y IIIº Trimestre 2017:

- Monitorización actividad en CMA

IVº Trimestre 2017:

- Evaluación

Responsables: J. Codes (MF - DAP) y Sonia de la Fuente (Dermatóloga HELL)

OBSERVACIONES

Todos los EAPs disponen de un Dermatoscopio

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE CODES GOMEZ
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro DAP CALATAYUD
 · Localidad CALATAYUD
 · Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 · Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 BUENO PASCUAL MARGARITA
 BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
 ACTIVIDAD 2018:

- N° Sesiones clínicas realizadas: 5
- Fechas: 31/01/18 - 10/10/18 - 17/10/18 - 19/10/18 - 22/10/18
- Población diana: EAPS de Calatayud Sur, Ateca, Illueca, Calatayud Norte y Ariza
- Recursos: Cañón, PowerPoint, Dermatoscopios
- Materiales: Entrega de la presentación a los asistentes.
- Evaluación: Recogida de firmas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES FINALES:

1. Equipos formados en dermatoscopia (2017-2018)
 Fuente de Datos: Registro de las sesiones formativas (2017-2018)
 - Valor a alcanzar: 80% de los EAPS del sector
 - Límite Inferior: 40% de los EAP :
 - Límite superior: 100% de los EAP
 - EAPS formados: 5 (2017), 5 (2018)
 % Alcanzado Indicador N° 1: 100%

2. Médicos formados en dermatoscopia (2017-2018)
 Fuente de Datos: Registro de las sesiones formativas (2017-2018)
 - Valor a alcanzar: 70% de los MF del sector
 - Límite Inferior: 20% de los MF :
 - Límite superior: 100% de los EAP
 - EAPS formados: 5 (2017), 5 (2018)
 % Alcanzado Indicador N° 2: 80%

EAP	MFs	FIRMAS	%
ALHAMA	6	5	83%
ARIZA	3	3	100%
ATECA	5	5	100%
CALATAYUD NORTE	12	6	50%
CALATAYUD SUR	10	7	70%
DAROCA	7	5	71%
ILLUECA	6	6	100%
MORATA	5	5	100%
SABIÑAN	4	4	100%
VILLARROYA	3	3	100%
Promedio	61	49	80%

Solamente no se ha alcanzado el valor establecido (70% de los MF de cada EAP) en un Equipo (Calatayud Norte), en el resto casi todos han llegado al 100%. En global se ha llegado al 80% de cobertura de la formación de los MFs en Dermatoscopia.

INDICADORES CP_2018:

3. Porcentaje de EAPS del Sector formados en dermatoscopia (2018) entre los cinco EAPS pendientes:
 Fuente de Datos: Registro de las sesiones formativas

- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite Inferior: 40% de los EAP :
- Límite superior: 100% de los EAP
- EAPS formados: 5 (Calatayud Sur, Ateca, Illueca, Calatayud Norte y Ariza)
- % Alcanzado Indicador N° 3: 100%

4. Porcentaje de profesionales médicos formados en dermatoscopia entre el n° de médicos del EAP (2018)

Fuente de Datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas

Valor a alcanzar: 80% de los MF de cada EAP

Límite Inferior: 40% de los MF de cada EAP

Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

- Calatayud Sur: 7/10 = 70%
- Ateca: 5/5 = 100%
- Illueca: 6/6 = 100%
- Calatayud Norte: 6/12 = 50%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

- Ariza: 3/3 = 100%
% Alcanzado Indicador nº4: 75 %

5. Porcentaje de profesionales de enfermería formados en dermatoscopia entre el nº de enfermeros del EAP
Fuente de Datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas
Valor a alcanzar: 40% de los ENF de cada EAP
Límite inferior: 20% de los ENF de cada EAP
Límite superior: 50% de los ENF de cada EAP
- Calatayud Sur: 3/9 = 22%
- Ateca: 2/4 = 50%
- Illueca: 5/5 = 100%
- Calatayud Norte: 3/12 = 25%
- Ariza: 3/3 = 100%
% Alcanzado Indicador nº5: 61%

Impacto:
- Interés manifestado por parte de los profesionales por esta nueva técnica diagnóstica. En enfermería se ha superado el valor a alcanzar (40%/61%).
- Aumento de conocimientos en lesiones pigmentadas cutáneas y tumores de piel, incluido el Melanoma.
- Servir de antesala para la introducción del proyecto en tele dermatología previsto par 2019, como continuación.
- Conocimiento implícito de una mayor satisfacción de los pacientes.
- Estrecha colaboración con el Servicio de Dermatología del Hospital E. Lluçh.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Interés despertado en el personal de enfermería en esta técnica. Sobre todo, las que hacen y/o apoyan en la cirugía menor.
Este despliegue formativo en dermatoscopia llevado a cabo durante 2018, no ha servido para introducir la tele dermatología en los EAPs este año.

7. OBSERVACIONES.

En esta memoria de finalización de proyecto, al ser de continuación de 2017, se introducen los indicadores reflejados en el CP2018.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1101 ===== ***

Nº de registro: 1101

Título
DERMATOSCOPIA EN AP

Autores:
CODES GOMEZ JOSE, BUENO PASCUAL MARGARITA, BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. Es una técnica muy ligada a la Cirugía Menor que se realiza en los Centros de Salud, pues ayuda a precisar mucho el diagnóstico de las lesiones dermatológicas y por lo tanto decidir sobre biopsiar o extirparlas en las mismas consultas. Con todo ello, el MF, gana capacitación y satisfacción al no tener que desplazarse al hospital. Con el plan de necesidades de este año se dotó a cada EAP de un dermatoscopio tipo DermLite III 3GEN.
Tras un curso de dermatoscopia realizado en el Sector dado por la dermatóloga de nuestro hospital, se planteó la posibilidad de llevarlo a todos los equipos dado el éxito de participación y el número elevado de facultativos que no pudieron hacerlo y solicitaron continuar con dicha formación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

Se trata de un objetivo que está en consonancia con el objetivo estratégico de fomentar las consultas monográfica del Departamento para el CP 2017.

RESULTADOS ESPERADOS

La DAP potenciará y facilitará la formación en Dermatoscopia en todos los EAPs del Sector.

MÉTODO

Acciones previstas:

Curso:

- 1 Sesión clínicas de 2 hora en cada EAP.
- 1 Taller de 2 hora en cada EAP.

Recursos:

- Dermatosocopio Dermlite DL100 3Gen.

INDICADORES

INDICADOR 1:

- Nombre del indicador: Equipos del Sector formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de equipos formados en dermatoscopia / nº de equipos del sector
- Fuente de datos: Registro de las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite inferior: 40% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

INDICADOR 2:

- Nombre del indicador: Médicos formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de MF formados en dermatoscopia/nº de MF del sector
- Fuente de datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 70% de los MF de cada EAP
- Límite inferior: 20% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

DURACIÓN

Iº Trimestre 2017:

- Sesiones clínicas y talleres en todos los EAPs

IIº y IIIº Trimestre 2017:

- Monitorización actividad en CMA

IVº Trimestre 2017:

- Evaluación

Responsables: J. Codes (MF - DAP) y Sonia de la Fuente (Dermatóloga HELL)

OBSERVACIONES

Todos los EAPs disponen de un Dermatoscopio

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE CODES GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BUENO PASCUAL MARGARITA
JUSTE SERAL MARIA DEL MAR
JASO GRAU DOLORES
HUERTAS BADOS LUISA
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION
DIEZ LOPEZ MARIA JOSE
AYNAGA BERNAL JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

* ACCIONES:

Se ha implementado la consulta de Telederma (TLD) en 3 centros de salud de nuestro Sector: Alhama de Aragón, Sabiñán y Daroca. El proceso ha sido el siguiente: en cada uno de estos Equipos se ha creado en OMI la agenda de POOL, TELEDERMA para citar a los usuarios del Centro de Salud y así poder generar la worklist para ByDicom. En la carpeta de "Lista de Especialidades Médicas de Interconsulta" de OMI-AP se ha creado la especialidad UNIDAD DE TELEDERMA, pues es allí en donde el Dermatólogo buscará, en su pestaña de "lista de pendientes" de HCE, el listado de pacientes derivados desde AP y poder contestar la derivación. BayDICOM es una funcionalidad online que permite la dicomización de cualquier tipo de imágenes y su posterior almacenamiento en el PACS para poder ser visualizado en la HCE. Desde el CGIPC, Noelia Sánchez, da el acceso al médico que va a hacer la telederma, pues sólo él tiene acceso a esta aplicación.

A éstos, se les dio una sesión formativa de todo el procedimiento y se pilotó in situ para verificar su correcto funcionamiento siendo supervisado en todo momento por Noelia Sánchez.

* CRONOGRAMA:

- I Cuatrimestre: se contactó con los líderes de estos tres equipos y se les ofertó el proceso. Empezamos en Alhama de Aragón y se les dotó de un dermatoscopio modelo Handyscope. Tuvimos una reunión con la Dermatóloga de referencia para explicarle el proyecto y fue muy bien acogido.

- II Cuatrimestre: Se desplegó el proyecto en Sabiñán. Se les dotó de un dermatoscopio Dermlite Gen-Foto con cámara fotográfica.

- III Cuatrimestre: Se implementó en Daroca. Este equipo empezó tarde debido a un problema de abastecimiento de una cámara fotográfica adaptable al Dermlite Gen-Foto.

* RECURSOS:

Dermatoscopio FotoFinder Handyscope: Alhama de Aragón
Dermatoscopio Dermlite 3gen foto system: Sabiñán y Daroca

* COMUNICACIÓN:

Los profesionales informaron a los pacientes del proyecto y estos firman un consentimiento informado para la toma de fotos.

* MATERIAL DE APOYO: La DAP ha realizado un documento en donde se describen todos los pasos para la puesta en marcha de la telederma en los EAPs. Desde el CGIPC nos dieron un pequeño manual de usuario para Dicomizar estudios con BayDICOM (v.02.04.05) realizado por Bahia Software y que se les ha proporcionado a los responsables de la telederma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Implementación del proyecto: Teníamos proyectado implementarlo en 4 equipos y debido a la falta de Capítulo VI, no pudimos comprar un nuevo dermatoscopio.

- Impacto del proyecto: Gran satisfacción por parte de los profesionales de los equipos. La Dermatóloga del hospital contesta y comenta activamente con los responsables las fotos de las lesiones que se le envían instruyéndoles en los tratamientos pertinentes. Los usuarios, según escucha activa de los profesionales, están muy satisfechos con este proceso.

- Indicadores:

• Número de interconsultas derivadas a la Unidad de Telederma desde enero a diciembre de 2019: 144 (Fuente: Servicio informática Hospital E.Lluch)

• % de equipos en donde se ha implantado de la consulta de tele dermatología: 3/10 (30%) Estándar 40% (Fuente: DAP)

• % de lesiones con sospecha de malignidad remitidas: 7/144 (4,86%). Estándar < 25%. (Fuente: Noelia Sánchez. CGIPC)

• % de interconsultas resueltas telemáticamente < 96 hs: 29/144 (20,14%) Estándar 90%. (Fuente: Noelia Sánchez. CGIPC)

- Investigación:

Se presentó en el XXXIX Congreso de SEMFYC, celebrado en Málaga, un Poster con defensa denominado "Impacto de la Tele dermatología en una consulta de Cirugía Menor" siendo los autores los mismos que hemos participado en este proyecto.

Producto de este proyecto, hemos presentado un curso de formación FOCUSS en telederma para este año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas: El equipo Directivo se ha desplazado a los equipos para explicar el procedimiento en los mismos, siendo muy bien recibido por todos los miembros. Tenemos pendiente continuar este año con el resto de equipos en caso de poder adquirir más dermatoscopios.
- Sostenibilidad del proyecto: En los ya implantados se va a mantener gracias a la gran aceptabilidad del mismo y a la colaboración del Servicio de Dermatología del Hospital E.Lluch.
- Dificultades/limitaciones: No hemos podido extraer datos de dos indicadores. La disminución en la lista de espera en Dermatología sufre una gran variabilidad debido a reducción de jornada de la dermatóloga. Tampoco hemos podido calcular, mediante encuestas, la satisfacción de los usuarios, de los MF y de la dermatóloga. Pero según opiniones y escucha activa de las partes implicadas, en general, ha sido alta. Por otra parte, la falta de Capítulo VI nos ha impedido adquirir otro dermatoscopio. Estos tres los adquirimos el pasado año. Ha habido un poco de confusión, a la hora de extraer los datos, entre las agendas de "Dermatología" y la de "Unidad de Telederma" dado que los pacientes han sido derivados indistintamente a ambas agendas y esto ha hecho que los datos, probablemente, hayan sido más restrictivos.
- Conclusiones:
 - * La teledermatología es una herramienta bien aceptada por parte de los médicos, los especialistas y los usuarios.
 - * La visualización de imágenes de lesiones dermatológicas en HCE, permite un valioso intercambio de información y método de aprendizaje entre el MF y el Servicio de Dermatología.
 - * A lo largo de este año vamos a intentar desplegar dicho proyecto a otros equipos, pues ya nos lo están demandando.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1101 ===== ***

Nº de registro: 1101

Título
DERMATOSCOPIA EN AP

Autores:
CODES GOMEZ JOSE, BUENO PASCUAL MARGARITA, BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. Es una técnica muy ligada a la Cirugía Menor que se realiza en los Centros de Salud, pues ayuda a precisar mucho el diagnóstico de las lesiones dermatológicas y por lo tanto decidir sobre biopsiar o extirparlas en las mismas consultas. Con todo ello, el MF, gana capacitación y satisfacción del paciente al no tener que desplazarse al hospital. Con el plan de necesidades de este año se dotó a cada EAP de un dermatoscopio tipo DermLite III 3GEN.
Tras un curso de dermatoscopia realizado en el Sector dado por la dermatóloga de nuestro hospital, se planteó la posibilidad de llevarlo a todos los equipos dado el éxito de participación y el número elevado de facultativos que no pudieron hacerlo y solicitaron continuar con dicha formación.
Se trata de un objetivo que está en consonancia con el objetivo estratégico de fomentar las consultas monográficas del Departamento para el CP 2017.

RESULTADOS ESPERADOS
La DAP potenciará y facilitará la formación en Dermatoscopia en todos los EAPs del Sector.

MÉTODO
Acciones previstas:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

Curso:

- 1 Sesión clínicas de 2 hora en cada EAP.
- 1 Taller de 2 hora en cada EAP.

Recursos:

- Dermatoscopio DermLite DL100 3Gen.

INDICADORES

INDICADOR 1:

- Nombre del indicador: Equipos del Sector formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de equipos formados en dermatoscopia / nº de equipos del sector
- Fuente de datos: Registro de las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite inferior: 40% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

INDICADOR 2:

- Nombre del indicador: Médicos formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de MF formados en dermatoscopia/nº de MF del sector
- Fuente de datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 70% de los MF de cada EAP
- Límite inferior: 20% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

DURACIÓN

Iº Trimestre 2017:

- Sesiones clínicas y talleres en todos los EAPs

IIº y IIIº Trimestre 2017:

- Monitorización actividad en CMA

IVº Trimestre 2017:

- Evaluación

Responsables: J. Codes (MF - DAP) y Sonia de la Fuente (Dermatóloga HELL)

OBSERVACIONES

Todos los EAPs disponen de un Dermatoscopio

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1105

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PIE DIABETICO (2016_1105)

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARGARITA BUENO PASCUAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CODES GOMEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Acciones realizadas:

1. Una sesión/taller: atención al pie diabético y técnica Doppler, para formar a un enfermero (formador de formadores) de cada uno de los EAPs. Fecha: 16/06/2016
2. Implementación del procedimiento de actuación en el síndrome del pie diabético, según el Proceso de Atención Integral a la Diabetes de Aragón en cada uno de los EAPs, mediante una sesión/taller.

Recursos: ?

- Aparato de ultrasonidos Doppler vascular en todos los EAP. ?
- Monofilamentos en todos los EAP. ?

Cronograma:

1º, 2º, 3º y 4º Trimestre 2017, sesiones y talleres de formación en los EAP: Alhama de A., Ateca, Daroca, Villarroya, Calatayud Norte y Sur, Morata, Illueca y Sabiñán.

Fechas: 01/12/2016 - 10/11/16 - 22/03/17 - 15/05/17 - 07/06/17 - 10/04/17 - 13/12/17 - 13/12/17 - 19/12/17 -

4º Trimestre 2017, evaluación:

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. % de Equipos del Sector formados en la atención al pie diabético y el manejo de la técnica Doppler.

Fuente de Datos: Registro de las sesiones formativas

Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector

Límite Inferior: 40% de los EAP del sector? Límite superior: 100% de los EAP del sector

Alcanzado el indicador nº1: en el 90 % de los EAPs se han realizado las sesiones formativas y se ha difundido el procedimiento de atención al pie diabético.

2. Revisión del pie diabético.

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

Valor a alcanzar: mejora relativa del 5% del sector en comparación con el resultado alcanzado en 2016

Límite Inferior: 1 % de los EAP del Sector

Límite superior: 10 % de los EAP del Sector

Alcanzado el indicador nº2:

Revisión "pie diabético" en diciembre 2016: 51,79%

Revisión "pie diabético" en diciembre 2017: 53,68%

Mejora relativa % alcanzado: 3,52%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

La creación de una consulta monográfica del pie diabético en el EAP Calatayud Norte (Urbano), se desestimó al conocer el borrador del proyecto Unidad de pie diabético en Aragón del Grupo de Trabajo de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

La enfermería de atención primaria será la responsable de realizar una adecuada clasificación del pie diabético en base al riesgo, centrándose en la prevención de las complicaciones.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1105 ===== ***

Nº de registro: 1105

Título
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ATENCION AL SINDROME DEL PIE DIABETICO

Autores:
BUENO PASCUAL MARGARITA, CODES GOMEZ JOSE, BEN CHEIKH EL AAYUNI Wafa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1105

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PIE DIABETICO (2016_1105)

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

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

Durante 2016 se realizó un curso sobre el pie diabético para formar a formadores de cada EAP. Se dotaron a los Centros de un Doppler y monofilamentos para una mejor exploración y atención a dicha patología. A pesar de haber conseguido una buena cobertura en dicho indicador en el último cuatrimestre, consideramos importante consolidar conocimientos y crear una consulta monográfica sobre pie diabético en un Equipo.

Se trata de un objetivo en consonancia con la línea estratégica de fomentar las consultas monográficas del Departamento para el CP 2017

RESULTADOS ESPERADOS

La DAP potenciará la formación y la realización de actividades en el manejo práctico del síndrome del pie diabético.

MÉTODO

Acciones previstas:

- 1 sesión/taller: la atención al pie diabético y la técnica Doppler, en cada uno de los EAPs.
- Implementación del procedimiento de actuación en el síndrome del pie diabético, según el Proceso de Atención Integral a la Diabetes de Aragón.

Recursos:

- Aparato de ultrasonidos Doppler vascular en todos los EAP.
- Monofilamentos en todos los EAP.

Oferta de Servicios:

- Creación de consulta monográfica del pie diabético en el EAP Calatayud Norte (Urbano)

INDICADORES

INDICADOR 1:

- Nombre del indicador: % de Equipos del Sector formados en la atención al pie diabético y el manejo de la técnica Doppler.
- Descripción: Número de equipos en los que se han impartido las sesiones / nº de equipos del sector
- Fuente de datos: Registro de las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite inferior: 40% de los DUE de cada EAP
- Límite superior: 100% de los DUE de cada EAP

INDICADOR 2:

- Nombre del indicador: % de DUE formados en la atención síndrome del pie diabético en el manejo de la técnica Doppler en el Sector
- Descripción: Número de DUE formados /nº de DUE del Sector
- Fuente de datos: Registro de asistentes a las talleres formativos
- Valor a alcanzar: 70% de los profesionales de cada EAP
- Límite inferior: 20% de los profesionales de cada EAP
- Límite superior: 100% de los profesionales de cada EAP

INDICADOR 3:

- Nombre del indicador: Creación de consulta monográfica del pie diabético en el EAP Calatayud Norte (Urbano)
- Descripción: Creación de consulta monográfica del pie diabético en el EAP Calatayud Norte (Urbano)
- Valor a alcanzar: Creación de consulta: Sí

DURACIÓN

1º Trimestre 2017:

Sesiones y talleres de formación en todos los EAP.

2º y 3º Trimestre 2017:

Monitorización de las actividades y oferta propuesta.

4º Trimestre 2017:

Evaluación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1105

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PIE DIABETICO (2016_1105)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1102

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL MANUAL DE LOS PROCESOS DE INTERCONSULTA

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE CODES GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO PASCUAL MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Recopilación y elaboración del manual: Sí
- Presentación e implementación en los EAPs : Sí. Mediante buzón-email se envió a todos los MF de los EAPs del Sector y se presentó en la 2ª Comisión de Dirección de AP.
- Está publicado en la Intranet del Sector? : Sí

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultado de la encuesta enviada a los MF del Sector:

- Nº de respuestas: 45 (70%)
- Conoces el documento?: Sí (100%)
- Lo has utilizado alguna vez?: Sí (88,9%) No (11,1%)
- Piensas que es de utilidad?: Sí (91,1%) No (8,9%)
- Número de sugerencias: 13

[Actualización periódica (2) / Creo que faltan especialidades y alguna patología más... / Cuando tenemos que solicitar alguna prueba diagnóstica o hacer alguna aclaración me parecería más sencillo poder volver a reenviar la misma interconsulta inicial dirigida a la misma persona / Solucionar IV con otros centros que no son Calatayud (I. Jiménez... / La interconsulta virtual me parece un gran avance y permite derivar al paciente con parte del estudio ya hecho. Además fomenta la comunicación y feed back con especializada, aunque todo es mejorable, claro / Posibilidad de saber si se ha mandado la interconsulta / El problema es que muchas veces los especialistas no pueden valorar las necesidades del paciente / Me parece útil tanto para el paciente como para el profesional / Debería poner el teléfono del especialista que contesta a efectos de aclarar dudas / Incluir esa información en página de interconsultas de OMI / Debería ser interactivo, que te dejara practicar. Me gustaría conocer como lo utilizan los especialistas y si tienen protocolos establecidos para contestar lo que son los procesos más frecuentes. / Que se aclaren los especialistas / Poner más patologías]

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Buena acogida del documento
- Elevado número de respuestas en la encuesta.
- Analizaremos las sugerencias y las valoraremos en próximas ediciones

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1102 ===== ***

Nº de registro: 1102

Título
PROCESOS ESTANDARIZADOS DE INTERCONSULTAS

Autores:
CODES GOMEZ JOSE, BUENO PASCUAL MARGARITA, BEN CHEIKH EL AAYUNI Wafa

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1102

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL MANUAL DE LOS PROCESOS DE INTERCONSULTA

PROBLEMA

Durante el primer trimestre de 2016 las Direcciones de AP de los ocho Sectores, con la finalidad de mejorar continuidad asistencial entre especializada y primaria, elaboramos unos documentos consensuados de aquellos procesos asistenciales más frecuentes y/o específicos de un número determinado de especialidades médicas. Estos procesos, mediante el uso de criterios clínicos consensuados de derivación, permiten una mejor comunicación interprofesional, continuidad en la atención y un aumento de competencias como resultado del análisis de casos conjunto. Se pretende elaborar un pequeño manual de derivación con aquellas especialidades ya trabajadas y en función del grado de aceptación completarlo con las que faltan.

RESULTADOS ESPERADOS

La DAP elaborará y fomentará el uso, por parte de los médicos de familia, de un manual de recomendaciones y procedimientos consensuados para las interconsultas con los especialistas de nuestro hospital de referencia.

MÉTODO

Acciones previstas:

- Recopilación y elaboración del manual
- Presentación e implementación en los EAPs
- Publicitarlo en la Intranet del Sector

INDICADORES

INDICADOR 1

- Nombre del indicador: Procesos estandarizados de interconsulta
- Descripción: Creación de un manual con los criterios de derivación de los procesos más frecuentes en determinadas especialidades
- Fuente de datos: Procesos específicos elaborados por las DDAP para las siguientes especialidades: Cardiología, Neumología, Digestivo, endocrinología, alergias, nefrología, Cirugía General, Medicina Interna y reumatología.
- Valor a alcanzar: Creación del documento: Sí

EVALUACIÓN: Encuesta de satisfacción entre los profesionales

DURACIÓN

- 1º Trimestre 2017:
 - Elaboración y difusión a los Equipos.
- 2º y 3º Trimestre 2017:
 - Monitorización de las actividades.
- 4º Trimestre 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 - 2016/0712

1. TÍTULO

MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE PATRICIA ESTEVE ALCALDE
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ TARANCON RICARDO
MUÑOZ PEÑA CRISTINA
GARCIA ALVAREZ JOSE LUIS
MONFORTE CIRAC MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para mantener y ampliar el alcance de la acreditación ISO 15189 hemos desarrollado durante este año 2017 las siguientes actividades:

1. De enero a marzo de 2017 se realizó la revisión de los Procedimientos y registros vigentes, así como, el resto de documentación que forma parte de nuestro Sistema de Calidad con el fin de preparar la Auditoría Interna.
2. La Auditoría Interna tuvo lugar el 16 de marzo de 2017
3. El 24 de marzo de 2017 se realizó Revisión por la Dirección
4. Durante los meses de marzo a octubre se prepararon los nuevos Procedimientos y se hicieron los estudios necesarios para preparar la ampliación del alcance en la Auditoría Externa. La revisión del Sistema de Calidad que hemos realizado durante el año 2017 incluye la reclasificación de algunos procedimientos de nivel III a nivel II, la creación de nuevos procedimientos con sus correspondientes registros, y la revisión de los ya existentes. Dentro de los Procedimientos de Nivel II se han elaborado nuevas versiones de 8 Procedimientos y se han elaborado 17 nuevos Procedimientos. En los Procedimientos de Nivel III se han elaborado nuevas versiones de 6 Procedimientos y se han elaborado 9 nuevos Procedimientos.
5. La Auditoría Externa tuvo lugar el 14 de diciembre de 2017, y en ella se revisaron las técnicas ya acreditadas, y se auditaron las técnicas propuestas para ampliar el alcance.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el informe de la Auditoría Interna realizada en los laboratorios de Bioquímica y Microbiología con objeto de evaluar el mantenimiento de los alcances acreditados se detectaron 11 Desviaciones. Tras recibir el informe de Auditoría se procedió a abrir las correspondientes NO CONFORMIDADES donde se detallaron las desviaciones detectadas y las acciones emprendidas para su corrección. En el informe de la Auditoría Externa, recibido el 29 de diciembre de 2017, se detectaron 8 Observaciones y ninguna No Conformidad. Estamos trabajando en el tratamiento de estas Observaciones de acuerdo a lo indicado en el apartado 6 de la NO-11 "Desviaciones: clasificación y tratamiento". Una vez completado este proceso se procederá a enviar la información a ENAC, y si la entidad considera correctas las acciones emprendidas emitirá el informe final confirmando el mantenimiento y ampliación del alcance. Las técnicas auditadas para valoración la ampliación del alcance han sido: Creatinina en orina, Urea en orina, Glucosa en orina, Ácido Úrico en orina, Proteínas Totales en orina, Albúmina en orina, Ión Sodio en orina, Ión Potasio en orina, Cloruro en orina, Fosfato en orina, Calcio en orina, Magnesio en orina, alfa-Amilasa en orina y Sangre Oculta en Heces.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Un sistema de gestión de la calidad permite dirigir y controlar la calidad de un laboratorio. El mantenimiento y la ampliación de las técnicas acreditadas es una buena estrategia para mejorar la calidad de los Laboratorios, siendo el resultado final de la acreditación el reconocimiento formal del cumplimiento del Laboratorio de los estándares relativos a los laboratorios clínicos.

7. OBSERVACIONES.

He indicado que la memoria es de seguimiento porque todavía no tenemos el informe final de ENAC en el que se confirme la ampliación y mantenimiento del alcance.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/712 ===== ***

Nº de registro: 0712

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0712

1. TÍTULO

MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Título
MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
ESTEVE ALCALDE PATRICIA, GAMERO VILLARROEL CARMEN, ESCOBAR MEDINA ANTONIA, GONZALEZ TARANCON RICARDO, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Laboratorio de Bioquímica del Hospital Ernest Lluch se encuentra acreditado según norma ISO 15189 desde el año 2011.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del Laboratorio de Bioquímica para mantener y ampliar el alcance de la acreditación ISO 15189 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es:
- Mantener el alcance acreditado
- Ampliar el alcance de acreditación a las siguientes técnicas:
- Creatinina en orina
- Urea en orina
- Glucosa en orina
- Ácido úrico en orina
- Proteínas Totales en orina
- Albúmina en orina
- Ión sodio en orina
- Ión potasio en orina
- Cloruro en orina
- Fosfato en orina
- Calcio en orina
- Magnesio en orina
- Alfa-amilasa en orina
- Sangre oculta en heces

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir renovar la Acreditación ISO 15189 y ampliar su alcance por un organismo independiente (ENAC), lo cual representa un reconocimiento oficial del prestigio y capacidad técnica del Laboratorio de Bioquímica del Hospital Ernest Lluch para la realización de ensayos físico-químicos y una garantía de la fiabilidad de dichos ensayos de cara a la ciudadanía a cuyo servicio, en el ámbito de la Salud Pública, está el Laboratorio.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (por ejemplo, informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

Los puntos que vamos a trabajar para ampliar el alcance de acreditación son:
- Detallar las condiciones preanalíticas que afecten al ensayo de las nuevas pruebas a acreditar: solicitud, preparación previa del paciente, recogida de muestra, transporte de muestra, manipulación de muestra, preparación de muestra, almacenamiento hasta su análisis.
- Verificar y validar de los nuevos procedimientos analíticos a acreditar.
- Elaborar los documentos de los procedimientos analíticos que se precisen.

INDICADORES
% Nuevos ensayos acreditados por ENAC frente a las totales que se van a proponer.
Fórmula: $N^{\circ} \text{ NUEVOS ensayos acreditados por ENAC} * 100 / N^{\circ} \text{ ensayos presentados para ampliación del alcance.}$
Meta: superior al 90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0712

1. TÍTULO

MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Número de NO CONFORMIDADES en la auditoría externa
Meta: inferior a 5

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN

Elaborar los documentos de los procedimientos analíticos: Febrero 2017
Verificar y validar de los nuevos procedimientos analíticos a acreditar: Febrero 2017
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revisión por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: Octubre/Diciembre 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Marzo 2017.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados: Enero 2018
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0279

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO DEL ACTO ANESTESICO

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE MAURICIO MOLODEZKY HORTT
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO SALAS REBECA
CARNICERO GIMENO LAURA
ORTIZ ENCISO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas para la elaboración de la nueva hoja de registro anestésico ha sido una búsqueda bibliográfica pormenorizada de la literatura actual, con respecto a los valores a considerar en el intraoperatorio, la estancia en la sala de reanimación, el registro farmacológico y las técnicas realizadas en quirófano.

Se han buscado modelos de registro de hospitales de referencia (HCU Lozano Blesa, HU Miguel Servet y H. Royo Villanova), y se ha preguntado a anesthesiólogos de esos hospitales acerca de la idoneidad de su hoja de registro, defectos, errores de forma, puntos positivos y datos que serían necesarios y no forman parte de su registro. El proyecto no ha podido cumplir los plazos del calendario marcado. Se ha comunicado a los profesionales de quirófano el proyecto y se ha facilitado un correo de sugerencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado del proyecto se encuentra inacabado, en fase de preparación. ya que se trata de un instrumento muy importante para nuestra actividad profesional, debe quedar perfectamente realizado. Se ha realizado un borrador de la hoja de registro, que debe ser validada por la dirección del centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo valora muy positivamente las actividades realizadas, la búsqueda bibliográfica y la opinión de otros especialistas que desarrollan su actividad profesional en otros centros ha resultado muy eficaz. Ha quedado pendiente la valoración final de la hoja de registro y su implantación correspondiente en el bloque quirúrgico. La intención del equipo es la consecución del proyecto cuanto antes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/279 ===== ***

Nº de registro: 0279

Título
ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO DEL ACTO ANESTESICO

Autores:
MOLODEZKY HORTT MAURICIO, VILLARROEL PINO ENRIQUE, CARNICERO GIMENO LAURA, ORTIZ ENCISO MARTA, ALONSO SALAS REBECA, CORTES FRANCO MARIA TRINIDAD, GARCIA SIMON RAQUEL, SOPESENS GARETA JOSE MARIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes sometidos a actos anestésicos
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Actualización de documento médico-legal.

PROBLEMA
La hoja de anestesia es un instrumento médico legal que se utiliza para registrar todo lo sucedido durante un acto anestésico (técnica, monitorización, medicamentos utilizados, incidencias, observaciones, etc). A día de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0279

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO DEL ACTO ANESTESICO

hoy la que contamos en nuestro centro se encuentra desactualizada, además de falta de espacio para notas u observaciones y no cuenta con casilleros para información de actos o monitorización que se utilizan en los últimos tiempos. Sería interesante además unificar en una misma hoja tanto el pre, como el intra y el post operatorio. Para mejorar la calidad de asistencia y disminuir al mínimo posible los errores o eventos adversos que puedan comprometer la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Revisar los aspectos mejorables en la hoja de registro actual.
- 2- Unificar la hoja de consulta preoperatoria con la hoja de registro de anestesia (incluyendo el registro en URPA).
- 3- Diseñar una historia clínica de anestesia actualizada de acuerdo a la normativa actual.
4. Implementar la hoja de de registro de anestesia rediseñada.
5. Evaluar el impacto de los cambios para realizar los ajuste pertinentes.

MÉTODO

Reunión inicial para diagnosticar la situación actual, delegación de tareas para cada punto a mejorar en la historia de registro de anestesia.
Recolección de formatos de historia de registro de anestesia en otros hospitales de la Comunidad de Aragón, para reconocimiento de puntos fuertes que puedan ser adaptados a nuestra hoja de registro.
Elaboración y diagramación de la hoja de registro de anestesia, asignación de un color al papel para su identificación más fácil.
Prueba piloto de la nueva hoja de registro de anestesia por los diversos integrantes del servicio.
Corrección de errores o deficit identificados en la prueba piloto.
Enviar para su evaluación y aprobación por el comité de ética y el comité de seguridad del hospital.
Elaboración de la hoja definitiva de registro de anestesia.

INDICADORES

- 1- Hoja de recolección de los aspectos mejorables en la hoja de registro actual.
- 2- Borrador de la hoja de registro de anestesia.
- 3- Encuesta post piloto para evaluar la satisfacción del personal involucrado.
- 4- Evaluación con visto bueno por los comité de ética y seguridad del hospital.

DURACIÓN

Primer trimestre de 2017: Reunión y evaluación de la situación actual
Segundo trimestre de 2017: Implementación de la hoja piloto.
Tercer trimestre de 2017: Evaluación de la hoja piloto, diseño de la hoja definitiva.
Fecha de inicio del proyecto: 15 de enero de 2017
Fecha de finalización del proyecto: 10 de diciembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 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 - 2016/0721

1. TÍTULO

MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE RICARDO GONZALEZ TARANCON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ FERNANDEZ LETICIA
MUÑOZ PEÑA CRISTINA
URIARTE PINTO MOISES
DE LA FUENTE SANJUAN ANA MARIA
SANCHEZ REMACHA BLANCA
SANZ FOIX PERFECTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para el desarrollo del proyecto, se contó, en primer lugar, con la instalación de una nueva versión del autoanalizador (ADAMS HA8180-T de Menarini Diagnostics), en Abril de 2016, como parte de la mejora tecnológica del laboratorio. Este nuevo autoanalizador permite reducir el tiempo de procesado de muestras respecto al antiguo, pasando de 5 minutos a 3 minutos 30 segundos respectivamente.

Para el cálculo de las muestras procesadas en sangre capilar, según el proyecto propuesto, se codificaron nuevas pruebas en el sistema informático del laboratorio que permitían informar el valor de HbA1c realizada en sangre capilar hemolizada de forma inmediata.

Inicialmente se tenía pensado implantar el proyecto a comienzos de Octubre, pero dada las facilidades ofrecidas con la instalación del nuevo autoanalizador, se decidió comenzar a comienzos de Junio, por lo que los resultados que se muestran corresponden al semestre de Junio a Diciembre de 2017.

Se informó y se pactó con los clínicos (especialmente con el servicio de Endocrinología) de la utilidad de esta determinación y de su realización en el laboratorio. Igualmente, a los pacientes, se les informó verbalmente antes de la realización de la prueba y en la entrega de resultados, obteniendo un alto índice de satisfacción con el servicio recibido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo analizado Junio-Diciembre de 2017 se han analizado un total de 40 muestras de HbA1c en sangre capilar, lo que supone una media de 6-7 muestras/mes, y que representan un 0.7% del total de muestras de HbA1c analizadas en el laboratorio en este periodo (6030 muestras). El tiempo de análisis ha sido inferior a 20 minutos en 22 muestras (55%) e inferior a 30 minutos en 34 muestras (85%), por lo que cumplimos el objetivo inicial propuesto (>75% muestras infomadas en un tiempo inferior a 30 minutos). Sólo 6 muestras han superado el tiempo máximo establecido (fijado en 30 minutos), siendo el máximo de 39 minutos. En ningún caso se han recibido quejas ni por parte de pacientes ni de clínicos.

La obtención de los indicadores se ha establecido de manera arbitraria, basado en nuestra experiencia, ya que no existe bibliografía concreta sobre el tema.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos muy positivamente el proyecto, puesto que se han cumplido los objetivos planteados. Se ha ofrecido una nueva prueba en la cartera de servicios del laboratorio que permite obtener una respuesta rápida y fiable en la determinación de hemoglobina glicosilada en sangre capilar, cubriendo así las necesidades de tiempo de respuesta propuestas por el servicio de Endocrinología.

Por otro lado, esta determinación ha permitido evitar que al paciente se le realicen extracciones venosas innecesarias con los inconvenientes que esto supone, tanto por el desplazamiento como por la molestia que ocasiona la venopunción.

Finalmente, desde el punto de vista de la organización, este proyecto ha conseguido, sin realizar ninguna modificación, nada más que la participación del personal, reducir el gasto, (aproximadamente 5 veces) con respecto a la determinación realizada en los analizadores "Point of Care" de los que se disponía fuera del laboratorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/721 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0721

1. TÍTULO

MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Nº de registro: 0721

Título
MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Autores:
GAMERO VILLARROEL CARMEN, LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO, ESCOBAR MEDINA ANTONIA, GONZALEZ TARANCON RICARDO, DE LA FUENTE SANJUAN ANA MARIA, SANZ FOIX PERFECTA, SANCHEZ REMACHA BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

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

PROBLEMA
La hemoglobina glicosilada se realiza a los pacientes con Diabetes Mellitus para el correcto control de su enfermedad. En ocasiones, el paciente acude a la consulta de endocrinología sin el resultado de esta determinación, bien porque no se solicitó con antelación o porque no se realizó la extracción en el tubo adecuado. Por otro lado, los pacientes con Diabetes Mellitus tipo I requieren de un control más estricto, con consultas más frecuentes y como única prueba de laboratorio la hemoglobina glicosilada 3 a 4 veces al año. Ante estas dos situaciones se plantea la posibilidad de disponer de un analizador "Point of Care" en sangre capilar para tener resultados inmediatos, el mismo día de la consulta y evitar que el paciente tenga que acudir a una nueva cita para una venopunción y otra para una nueva consulta lo que conlleva aumento de costes directos e indirectos (pérdida de horas de trabajo, gasto en desplazamientos...). Sin embargo, estos analizadores presentan un mayor coste por prueba y coeficientes de variación más elevados con respecto a los analizadores utilizados en el laboratorio de Análisis Clínicos. La tecnología utilizada en el laboratorio del Hospital Ernest Lluch (HPLC), ofrece la posibilidad de realizar la determinación en sangre capilar, y analizar estas muestras de manera inmediata dentro del ciclo normal de trabajo.
Planteamos por tanto, la posibilidad de realizar la determinación de hemoglobina glicosilada en sangre capilar ofreciendo un tiempo de respuesta inferior a 20-30 minutos desde que se le realiza la extracción al paciente hasta la emisión del informe. De esta manera, ofrecemos la misma calidad en el análisis a estos pacientes que a aquellos a los que se les realiza la determinación en sangre venosa y a la vez, abaratamos costes.
Es importante destacar que la determinación de Hemoglobina Glicosilada en el laboratorio del Hospital Ernest Lluch, está acreditada por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC). Así mismo, el laboratorio participa en programas de control de calidad externos y cuenta de un personal altamente cualificado. Cuando la técnica se realiza mediante un analizador "point of care" en la misma consulta de endocrinología las garantías de calidad en la determinación son menores.

RESULTADOS ESPERADOS
En primer lugar, ofrecer una respuesta rápida y fiable en la determinación de hemoglobina glicosilada en sangre capilar cubriendo las necesidades de tiempo de respuesta propuestas por el servicio de Endocrinología. En segundo lugar, pretendemos evitar que al paciente se le realicen extracciones venosas innecesarias con los inconvenientes que esto supone, tanto por el desplazamiento como por la venopunción. Y finalmente, la realización de la determinación en nuestro laboratorio es aproximadamente 5 veces más barata que la determinación realizada en analizadores "Point of Care", lo que supone un ahorro económico directo importante.

MÉTODO
Se utilizará el equipo HA8160 (MENARINI) que permite analizar la fracción HbA1c mediante separación cromatográfica de intercambio catiónico en fase reversa y posterior detección colorimétrica a doble longitud de onda (415 y 500 nm).
El paciente acudirá al laboratorio media hora antes de su cita en la consulta de Endocrinología en el caso de pacientes programados que requieran seguimiento estrecho con varios análisis anuales (DM tipo I o DM tipo 2 en fase de ajuste por mal control metabólico) o se remitirán directamente desde la consulta de Endocrinología en el momento en que se evidencie que no se ha realizado ninguna determinación de A1C en los dos meses previos a dicha consulta y se considera imprescindible dicha determinación para tomar la oportuna decisión clínica. El Enfermero realizará la punción en dedo con lanceta, recogerá la muestra en un capilar o pipeta y la depositará en un tubo con 1000 microlitros de solución hemolizante. En el analizador, la muestra se coloca en posición STAT (posición de urgencia) y se analiza inmediatamente después de la última que se esté procesando. En último lugar, el facultativo valida e imprime el resultado que se entregará en mano al paciente.

INDICADORES
Porcentaje de muestras analizadas en sangre capilar = número de muestras analizadas en sangre capilar /

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0721

1. TÍTULO

MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

número de muestras totales x 100

Porcentaje de informes emitidos antes de 20 minutos = número de informes emitidos antes de 20 min / número total de informe emitidos x 100. Objetivo > 75%.

Porcentaje de pacientes que manifiestan expresamente algún tipo de descontento con el protocolo sobre el total de pacientes incluidos. De forma cualitativa se anotarán las quejas recibidas para intentar mejorar el proceso. Determinaciones de hemoglobina glicosilada capilar con queja x 100 / Total de determinaciones de hemoglobina glicosilada capilar.

DURACIÓN

Se prevé implantar el proyecto durante el mes de Octubre y realizar el primer análisis a finales de Diciembre para abarcar un periodo de 3 meses. Si la valoración es positiva se pretende tener implantado el proyecto de manera permanente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0389

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS PRE, INTRA Y POSTOPERATORIO EN CIRUGIA PROGRAMADA Y DE URGENCIA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN JIMENEZ IHUARBEN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBIZU TELLERIA ANA
MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE
VALLEJO GUERRERO ASCENSION
GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN
JIMENEZ CABELLO BELEN
ROMERO VISIEDO JOSE
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIONES PERIODICAS PARA:
-RECOGER DATOS, INFORMACION Y ELABORACION DEL PRIMER DOCUMENTO
-REVISAR Y VALIDAR TODAS LAS APORTACIONES
-CONSULTAR DATOS Y DUDAS CON OTROS PROFESIONALES
-DIFUSION EN EL HOSPITAL DEL N PROCEDIMIENTO A TRAVES DE LAS SUPERVISORAS DE UNIDADES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE CREA UN PROCEDIMIENTO ESCRITO PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A INTERVENCION QUIRURGICA, INCLUYE CHECK LIST PRE E INTRA QUIRURGICO DEL PACIENTE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL PROCEDIMIENTO CUESTA IMPLANTARLO POR LA SOBRECARGA DE TRABAJO QUE ELLO SUPONE PARA EL PERSONAL DE PLANTA, PERO SE CONSIGUE GRACIAS AL EMPEÑO DE LAS SUPERVISORAS.
ESTA PENDIENTE DE REVISION LA HOJA FISICA DEL CHEQUEO POR RESULTAR DIFICIL DE COMPLETAR, SE HA BUSCADO ALTERNATIVAS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/389 ===== ***

Nº de registro: 0389

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS PRE, INTRA Y POSTOPERATORIOS EN CIRUGIA PROGRAMADA Y DE URGENCIA

Autores:
JIMENEZ IHUARBEN CARMEN, ALBIZU TELLERIA ANA, MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE, VALLEJO GUERRERO ASCENSION, GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN, JIMENEZ CABELLO BELEN, ROMERO VISIEDO JOSE, GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica programada o de urgencia.
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 paciente quirúrgico es aquel que va a someterse, está siendo sometido o ha sido sometido a una intervención quirúrgica.
Hoy en día, debido a las largas listas de espera, se hace necesaria una rápida preparación y asistencia del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0389

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS PRE,INTRA Y POATOPERATORIO EN CIRUGIA PROGRAMADA Y DE URGENCIA

Paciente antes de su intervención quirúrgica.

Por ello y para obtener la mejor calidad asistencial, sin que se nos escape ningún detalle y que todo esté apunto en el momento de la intervención, se precisa de un buen trabajo de los diferentes equipos de Enfermería que intervienen en este proceso y de una buena protocolización del mismo.

La prevención de las infecciones asociadas a los cuidados de salud así como garantizar la seguridad del paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica es una prioridad para los profesionales de los cuidados de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

- Preparar a los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica.
- Identificar las necesidades y garantizar una educación adecuada del paciente.
- Minimizar el riesgo de complicaciones postoperatorias.
- Mejorar y garantizar la atención del paciente y la continuidad de los cuidados durante todo el proceso quirúrgico.

MÉTODO

Este procedimiento lo realizará la comisión de enfermería quirúrgia, para ello habrá reuniones periódicas para:

- recoger de datos, información y elaboración de primer documento.
- revisar y validar todas las aportaciones.
- Consultar con otros profesionales sobre dudas.
- Difusión en el hospital del procedimiento mediante talleres una vez elaborado

INDICADORES

- Profesionales implicados en el procedimiento a los cuales ha llegado y lo conocen. 100%
- Profesionales que realizan la preparación del paciente quirúrgico siguiendo el procedimiento elaborado: 90%

DURACIÓN

- Elaboración del documento: hasta Marzo 2017
- Difusión del procedimiento: 2º o 3er trimestre 2017
- Evaluación de resultados mediante entrevistas con los responsables de Unidad: 4º trimestre 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 - 2016/1131

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON DOLOR TORACICO SOSPECHOSO DE ISQUEMICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE JAVIER ALAMEDA SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCEN MIRAVETE ANA
SENCIANES CARO ROCIO
CATALAN LADRON MARIA LUISA
RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR
GRACIA CABALLERO MARIA CARMEN
ALQUEZAR GARCIA JOSE ANGEL
RODRIGO BLASCO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Diciembre de 2016 se elaboró un Protocolo de actuación entre miembros de los servicios de Cardiología y Urgencias para el manejo de los pacientes con dolor torácico en el área de Urgencias. Se estableció un circuito en el que se llevaban a cabo pruebas complementarias de manera precoz, pudiendo decidirse así numerosas altas hospitalarias desde Urgencias, evitando de esta manera ingresos innecesarios. Este circuito de alta resolución estaría vigente de Domingo a Jueves ya que en el Hospital Ernest Lluch de Calatayud no existe Cardiólogo de guardia. Las pruebas complementarias para la valoración precoz del paciente con dolor torácico comprenden el ecocardiograma transtorácico, la ergometría, el ecocardiograma de estrés físico y ecocardiograma de estrés farmacológico. El cumplimiento del calendario fue correcto ya que las agendas fueron ajustadas para dar cobertura a dichos pacientes a primera hora de la mañana, y dicha reestructuración de agenda se realizó prácticamente desde el planteamiento de la idea piloto. Los recursos empleados para ello fueron los ya presentes en la Unidad de Cardiología: ecocardiógrafo y ergómetro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados del periodo estimado del 1 de Marzo de 2017 al 30 de Septiembre de 2017 fueron los siguientes:
-65 interconsultas realizadas a Cardiología desde Urgencias (20 de ellas con dolor torácico como síntoma principal).
-De esas 20 historias, 3 quedan desechadas: una por duplicidad, una por ausencia de Cardiólogo y una por problemas técnicos con los aparatos.
-De los 17 pacientes restantes se desestima test de provocación de isquemia en 3 de ellos por detectarse valvulopatía significativa.
-De los 14 pacientes restantes se realizan ergometría y/o ecocardiograma de estrés en función de las condiciones de cada paciente. De estos 14 pacientes, sólo en un caso se indica ingreso para tratamiento invasivo por isquemia inducible.
El impacto de la atención como Unidad de Dolor Torácico muestra lo que queda reportado en la bibliografía conocida, que las pruebas funcionales precoces repercuten en una mejor atención con menor necesidad de ingreso hospitalario.
Los datos fueron obtenidos de los registros de la Unidad de Cardiología, el programa informático del servicio de Urgencias (PCH) y las historias clínicas escritas a mano.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusiones a tener en cuenta son:
-La excelente relación entre ambos servicios hospitalarios (Urgencias, Cardiología).
-El marcado carácter beneficioso de una asistencia de calidad y precoz al paciente con dolor torácico, pudiendo evitar ingresos innecesarios y un consumo de recursos exagerado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1131 ===== ***

Nº de registro: 1131

Título
MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON DOLOR TORACICO SOSPECHOSO DE ISQUEMICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
ALAMEDA SERRANO JAVIER, SENCIANES CARO ROCIO, MARCEN MIRAVETE ANA, CATALAN LADRON MARIA LUISA, RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR, HUICI POLO PATXI, VALLEJO RODRIGUEZ CARMEN, GONZALEZ ARIZA BENJAMIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1131

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON DOLOR TORACICO SOSPECHOSO DE ISQUEMICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cardiaca
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

EL DOLOR TORÁCICO CON SOSPECHA DE ORIGEN ISQUEMICO, EXCLUIDO EL CODIGO INFARTO CONSTITUYE UNO DE LOS GRUPOS DE PACIENTES QUE REQUIEREN ASISTENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE FORMA EXPLICITAMENTE PROTOCOLIZADA PARA OPTIMIZAR RESULTADOS ESTABLECIENDO SISTEMAS DE ALERTA PARA ADECUAR LOS MEDIOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEÚTICOS. EN EL MOMENTO ACTUAL LA ASISTENCIA SE REALIZA CON OBSERVACIÓN Y SERIACION DE REGISTROS ECG Y MARCADORES DE DAÑO MIOCÁRDICO. EN EL CASO DE QUE SEAN NEGATIVOS PERO PERSISTA LA SOSPECHA CLINICA SON DADOS DE ALTA PARA CONTROL TEMPRANO EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGIA PARA PROGRAMAR OTRAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS

RESULTADOS ESPERADOS

ESTABLECER UN CIRCUITO CON EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA PARA QUE A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS SE LES REALIZE UNA ERGOMETRIA PREVIA AL ALTA, AL MENOS A LOS ATENDIDOS DE DOMINGO A JUEVES POR LAS CIRCUNSTANCIAS DE NUESTRO CENTRO (DISPONEMOS DE CARDIOLOGO DE LUNES A VIERNES EN HORARIO DE MAÑANA).
CREAR UN CIRCUITO ALTERNATIVO PARA LOS PACIENTES QUE REQUIERAN LA IMPLICACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
OPTIMIZAR LAS AGENDAS DE CARDIOLOGIA.
DISMINUIR EL Nº DE INGRESOS PARA ESTUDIO

MÉTODO

ESTABLECER UN PROTOCOLO DONDE SE INCLUYA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO, CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN, INDICACIONES DE INTRODUCCION O RETIRADA DE FARMACOS, HOJA DE CONSULTA ESTANDARIZADA CON CIRCUITO ESPECIFICO Y DERIVACION REGLADA DE LOS PACIENTES

INDICADORES

% DE PACIENTES DADOS DE ALTA CON ERGOMETRIA REALIZADA > 70
% PACIENTES CON SERIACION REGLADA DE ECG Y MARCADORES DE DAÑO MIOCÁRDICO > 80

DURACIÓN

REALIZAR PROTOCOLO CONJUNTO ANTES DEL 15 DE FEBRERO
SESION INFORMATIVA-FORMATIVA A LOS MIEMBOS DE LOS SERVICIOS IMPLICADOS EN LA MISMA FECHA
ADECUACIÓN DE LA AGENDA DE PRUEBAS DE CADIOLOGIA EN LA SEGUNDA QUINCENA DE FEBRERO
MEDIDA DE RESULTADOS EN JULIO Y DICIEMBRE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0988

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE JESSICA PALACIO BARRABES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DOMINGUEZ AYESA TERESA
MUÑOZ CIFUENTES PABLO
MINGUEZ LASSA MARIA DE LOS ANGELES
DE LA FLOR MARIN MARIO
TORRA CUIXART MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un protocolo de manejo de la lumbalgia con la aceptación de los servicios hospitalarios implicados. Sin embargo se retrasó su presentación en los Centros de Salud dependientes dados los diversos cambios en la plantilla de los profesionales involucrados. Finalmente no se llegó a presentar el protocolo como tal de manera oficial ya que se implantó el sistema de interconsulta virtual. Debido a este nuevo sistema de comunicación directa con los facultativos de Atención Primaria decidimos adaptar el protocolo inicialmente creado, valorando de manera individual cada uno de los casos presentados.

Las vías terapéuticas se han mantenido la mayor parte de las veces: ante la existencia de episodios autolimitados (menos de 6 semanas de dolor mecánico) más o menos frecuentes y sin signos de alerta ni clínica neurológica limitante los pacientes recibieron una pauta analgésica ajustada y la posibilidad de valoración por parte del Servicio de Rehabilitación y/o Reumatología. En caso contrario (más de 6 semanas de lumbociatalgia no controlada con medicación, "red flags" y/o clínica neurológica limitante estable) además de la pauta analgésica ya comentada se les amplió el estudio mediante radiografía lumbosacra y/o RMN, valorando posteriormente al paciente en nuestra consulta para determinar la necesidad o no de derivación a Neurocirugía. Cabe destacar que dentro de este circuito de consulta no entran los pacientes con clínica neurológica progresiva ya que por sus características concretas suelen ser valorados a través del Servicio de Urgencias y desde ahí ya pasan directamente a nuestro cargo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Gracias a la consulta virtual tras la valoración inicial y telemática del caso recibimos al paciente la gran mayoría de las veces con una pauta analgésica efectiva y las pruebas de imagen ya realizadas en los casos oportunos. Además hemos conseguido acortar los tiempos entre la petición de valoración y la primera visita presencial, con una demora máxima aproximada de mes y medio. Esto ha sido en parte gracias a la comunicación a través interconsulta virtual pero no hubiera sido posible de no haber conseguido completar la plantilla de traumatólogos.

Como ya se ha comentado, una parte de los pacientes no ha necesitado valoración en nuestra consulta, beneficiándose de una valoración por parte del Sº de Medicina Física y Rehabilitación y/o Reumatología, al no presentar signos ni clínica de riesgo. También hemos conseguido ajustar tanto el número de radiografías lumbosacras y resonancias solicitadas respecto a períodos previos, asentando mejor su indicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias a las mejoras obtenidas ha disminuido el volumen de pacientes derivados a la consulta de Traumatología por esta patología, lo que representa un beneficio directo para el paciente ya que por una parte la mayoría de ellos son tratados de manera más rápida y directa sin necesidad de pasar por nuestra consulta para una derivación a otra especialidad o para la simple solicitud de pruebas. Por otro lado los pacientes que por sus características nos son remitidos tienen menos demora y están mucho más filtrados y dirigidos para discernir entre una simple resonancia positiva y un paciente con resonancia positiva en la que además confluyen una clínica neurológica y/o una clínica mal controlada por medidas de tratamiento conservador. Éstos últimos serán los candidatos a derivación a Neurocirugía.

Seguiremos manteniendo este modelo de atención. Indudablemente la interconsulta virtual es una herramienta eficaz de comunicación, pero su buen funcionamiento sería impensable sin la colaboración tanto de los profesionales de Atención Primaria (mediante unas consultas en las cuales nos expongan unas exploraciones completas y pautas analgésicas consensuadas) y de toda la plantilla de Traumatología (dispuesta a entablar una comunicación activa).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/988 ===== ***

Nº de registro: 0988

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0988

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD

CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD

Autores:
PALACIO BARRABES JESSICA, DOMINGUEZ AYESA TERESA, VILLALBA LOMBARTE ERIKA, MUÑOZ CIFUENTES PABLO, RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR, MINGUEZ LASSA MARIA DE LOS ANGELES, DE LA FLOR MARIN MARIO, TORRA CUIXART MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

PROBLEMA

La lumbalgia o dolor lumbar es el cuadro clínico consistente en dolor, tensión muscular o rigidez localizado en la región lumbosacra, acompañado o no de dolor referido o irradiado en pierna (ciática), asociado habitualmente a limitación dolorosa de la movilidad y que en la mayoría de los casos, tiene carácter inespecífico, presentando características mecánicas.

Supone un problema sociosanitario muy común ya que se considera el segundo motivo de consulta médica en Atención Primaria y la primera causa de incapacidad laboral en menores de 45 años en los países industrializados. El 80% de la población padecerá dolor lumbar en algún momento de su vida.

Sin embargo existe una gran variabilidad en el proceso de atención a estos pacientes, lo que ocasiona problemas tanto en los circuitos asistenciales que siguen, como en la utilización de los diferentes dispositivos y recursos asistenciales, como en los resultados y la calidad asistencial final que reciben los enfermos.

Existen múltiples clasificaciones. Centrándonos en la etiología, la gran mayoría son inespecíficas (85%), de buen pronóstico y evolución autolimitada aunque recidivante. Sin embargo, un 15% se consideran específicas, relacionadas con una enfermedad sistémica. Para identificarlas correctamente, es necesario conocer la existencia de ciertos signos y síntomas de sospecha o alarma ("red flags") que pueden orientar el diagnóstico.

Otro aspecto importante es descubrir factores psicosociales de mal pronóstico funcional ("yellow flags"). Esto unido a una evaluación periódica del paciente para objetivar la ausencia de factores biológicos de sospecha, tranquilizarlo y negociar un regreso precoz a su actividad normal es la mejor manera de prevenir una evolución crónica.

Con este protocolo se pretende unificar la atención a estos pacientes, buscando la colaboración entre los diferentes niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental será mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles, definiendo de forma consensuada entre los diferentes niveles asistenciales y especialidades médicas implicadas los circuitos básicos para la atención y derivación de los pacientes con lumbalgia en el Sector Calatayud.

Otro de los objetivos es disminuir las derivaciones a la consulta de Traumatología como simple trámite para la solicitud de pruebas de imagen (resonancia magnética nuclear) para su posterior derivación a Neurocirugía en caso de patología subyacente.

MÉTODO

Creación un protocolo de manejo de la lumbalgia gracias al cual los pacientes verán acortados los tiempos de valoración, resultando en una atención más eficaz. Presentación del protocolo en los centro de salud con la ayuda de los coordinadores de los mismos. Aprobación del protocolo por parte de todos los miembros del mismo, del Hospital y de acuerdo con los coordinadores de los centros de salud incluidos en el área de Calatayud. Desarrollo de la estrategia acordada y valoración de los resultados clínicos y asistenciales obtenidos.

INDICADORES

- Proporción de enfermos con lumbalgia derivados a Atención Especializada (COT, RHB y Reumatología) respecto del total valorados por lumbalgia en consulta de Atención Primaria (AP).
- Proporción enfermos derivados a Neurocirugía desde AP que requieren tratamiento quirúrgico tras un año de implantación del protocolo.
- Proporción de pacientes atendidos por lumbalgia en AP que han necesitado atención en Urgencias por el mismo motivo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0988

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD

- d) Número de resonancias solicitadas una vez instaurado el protocolo respecto años anteriores.
 - e) Proporción de resonancias con diagnóstico positivo respecto al total de las solicitadas.
 - f) Número total de solicitudes de radiografía simple de columna lumbosacra en pacientes con lumbalgia sin traumatismo previo.
- Apartados a) c) y f): Comparación entre el último año y tras el año de implantación del protocolo.

DURACIÓN

Presentación del protocolo en los servicios hospitalarios de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Medicina Física y Rehabilitación, Reumatología y Urgencias; así como en los centros de salud incluidos en el mismo, en un mes desde la fecha. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del protocolo y valoración inicial de su funcionamiento a los 3 meses para valorar posibles modificaciones. Al finalizar un año de su implantación, presentar datos, índice de actividad y calidad en Sesión Clínica del Servicio y en la Comisión de Calidad.

OBSERVACIONES

No son necesarias.

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	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 - 2016/0100

1. TÍTULO

CONTROL DEL PESO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DEL HOSPITAL DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO LOSFABLOS CALLAU
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ FOIX PERFECTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Ante la expectativa de traslado del responsable del proyecto, comenzamos a realizar el trabajo de forma inmediata en el segundo trimestre de 2016. Se empezó a realizar control de peso, talla y perímetro de cintura de forma rutinaria a todos los pacientes visitados en la consulta. El proyecto inicialmente iba a durar 2 años y se iba a estimar en un muestreo de 200 paciente sucesivos si había habido efecto sobre la disminución de peso; como no iba a dar tiempo hizimos el muestreo en 200 pacientes sucesivos en mayo de 2016 y deteminamos si había habido cambios en el peso en los últimos 5 años, ya que el equipo asistencial lleva trabajando 5 años y el mayor enfoque al cuidado del peso ya se venía realizando previamente. En una hoja de cálculo excel recogimos la estadística diaria de los pacientes pesados/tallados en relación a pacientes visitados, IMC recogidos, obesos diagnosticados y realizados labores de educación dietética.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

76% de pacientes con control de peso en 1ª visita y 58% en visitas sucesivas=insuficiente
68% de pacientes con determinación del IMC en 1ª visita y 38% en visitas sucesivas=aceptable
80% de pacientes tenían exceso de peso (15% sobrepeso grado I; 34% sobrepeso grado 2; 29% obesidad grado I; 15% obesidad grado 2; 6,5% obesidad grado 3 y 0,5% obesidad grado 4) 47% con determinación del perímetro de cintura en 1ª visita y 32% al menos una vez al año=insuficiente
48% de pacientes con obesidad han recibido información escrita para disminuirlo=aceptable
Estudio en 200 controles sucesivos:
-46% de pacientes con exceso de peso que disminuyen de peso en un período de tiempo (2011 a 2016): adecuado
-24% que mantienen peso en ese período: adecuado
-32% con exceso de peso que aumenta peso en ese período: inadecuado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para realizar de forma rutinaria a todos los pacientes visitados (media 28/día) control de peso, talla y perímetro de cintura se precisaría una auxiliar de enfermería. Con los recursos actuales (médico+enfermera) alcanzamos a determinar en las 3/4 partes de los pacientes. Hay que evitar no realizarlo en pacientes en que sea más prioritario (diabéticos y obesos).
De los pacientes diagnosticados de obesidad (51%, media 14 pacientes día) hemos podido dar información acerca del problema, una somera explicación dietética y unos objetivos de pérdida ponderal a unos 7 pacientes diarios (48%). Para poder darle información adecuada a todos o más detallada sería precisa otra enfermera o dietista. Con los recursos actuales una vez más hemos de priorizar aquellos pacientes que más comorbilidades tienen (diabéticos, hipertensos, patología cardiovascular previa).
El proyecto nos ha servido también para evaluar la prevalencia de las patologías que atendemos en la consulta y el perfil de los pacientes: 73% son mujeres, la edad media es de 61,6 años. Patologías vistas: hipotiroidismo 34%, DM2 33%, hipertiroidismo 10%, bocio 8%, DM1 6%, obesidad 3% (se entiende pacientes remitidos por MAP para que tratemos su obesidad). Otros diagnósticos 6%. El 67% de los pacientes son sedentarios. De aquí se derivan datos que pueden ser aprovechados por los siguientes responsables de la consulta: mejorar la formación de los médicos de cabecera del área en la patología tiroidea que es más frecuentemente remitida de lo habitual; informar a los médicos del área del alto nivel de sobrepeso, obesidad y sedentarismo que hemos detectado para que se implementen medidas preventivas más precoces.
Con un programa de intervención sobre el peso los resultados globales pueden ser modestos pero el impacto en la salud puede ser importante porque al menos evitamos que al menos globalmente el peso siga aumentando, concienzamos algo a los pacientes en cuanto a sus hábitos y esto debería rendir mejores resultados de salud en los próximos años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/100 ===== ***

Nº de registro: 0100

Título
CONTROL DEL PESO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DEL HOSPITAL DE CALATAYUD

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0100

1. TÍTULO

CONTROL DEL PESO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DEL HOSPITAL DE CALATAYUD

LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO, SANZ FOIX PERFECTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

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

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

PROBLEMA

Un 80% de los pacientes que atendemos en la consulta de Endocrinología tienen sobrepeso u obesidad (en la población general esta cifra es del 40-50%). Muchas patologías endocrinológicas tienen como una de sus causas o favorecedores al exceso de peso y otras son complicadas por dicho exceso. Salvo en aquéllos pacientes que son remitidos específicamente para disminuir peso (en torno a un 5% de los que atendemos), no se suele dar la importancia debida a este problema. Aproximadamente entre un 30 y un 50% de los pacientes con exceso de peso refieren que ningún sanitario se lo ha dicho ni le ha explicado como corregirlo y las consecuencias de no hacerlo. En nuestra consulta sólo se ha venido determinando el peso en un 20% de las ocasiones en la visitas de seguimiento y en un 50% de las ocasiones en la primera visita; el perímetro de cintura sólo se ha determinado en un 2% de las visitas. Nuestro propósito es diagnosticar a todos los pacientes que tengan problemas de peso e indicarles cuáles son los problemas asociados y explicarles la manera de intentar corregir o disminuir el riesgo asociado.

RESULTADOS ESPERADOS

Conseguir que todos los pacientes atendidos en la consulta de Endocrinología sean clasificados adecuadamente en relación a su peso (bajo peso, normopeso, sobrepeso u obesidad y el grado de cada uno).
Conseguir que todos los pacientes con exceso de peso, sean informados de ello, de las consecuencias o riesgos asociados y se les den indicaciones adecuadas para corregirlo o minimizarlo.

MÉTODO

Pesar, tallar y determinar el perímetro de cintura en todos los pacientes en la primera visita, luego determinar el peso en todas las visitas sucesivas, calculando el IMC y determinar el perímetro de cintura al menos una vez al año.
Los pacientes con sobrepeso serán informados por el médico y se les hará recomendaciones dietéticas genéricas y recomendaciones genéricas de actividad física según posibilidades y características de cada enfermo.
Los pacientes con obesidad recibirán información detallada y escrita de los puntos anteriores por parte de la enfermera.

INDICADORES

% de pacientes con control de peso en 1ª visita y visitas sucesivas.
% de pacientes con determinación del IMC en 1ª visita y visitas sucesivas.
% de pacientes con exceso de peso y con determinación del perímetro de cintura en 1ª visita y una vez al año.
% de pacientes con obesidad que han recibido información escrita para disminuirlo.
% de pacientes con exceso de peso que disminuyen de peso en un período de tiempo (200 controles sucesivos)

DURACIÓN

Puesta en marcha del proyecto en último trimestre de 2016.
1ª evaluación de resultados en septiembre de 2017
2ª evaluación y cierre en su caso en septiembre de 2018

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: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0104

1. TÍTULO

ELABORACION, IMPLANTACION Y DIFUSION DE UN PROCEDIMIENTO Y MANUAL DE BOLSILLO SOBRE USO Y MANEJO DEL RESERVORIO CUTANEO EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ASCENSION VALLEJO GUERRERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLANCAS COSTEA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Elaboracion del procedimiento de uso y manejo del reservorio cutáneo: septiembre 2016.
- Elaboracion de una guia de bolsillo con ilustraciones y conocimientos básicos sobre la manipulacion de los reservorios: noviembre 2016.
- Impresion y difusion del procedimiento y guia mediante talleres y reparto de la misma en todas las unidades del hospital donde se pueda atender a un paciente portador de reservorio: 2 talleres realizados en noviembre del 2016.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADO:
- Uso y manipulacion del reservorio cutáneo adecuado por parte de los profesionales enfermeros del hopital "Ernest Lluch" siguiendo el procedimiento elaborado.

INDICADORES:

- Elaboracion del procedimiento y guia del uso y manejo de reservorio.
- Realizacion de 2 talleres formativos para su difusion.
- Existencia del procedimiento y guia en todas las unidades de enfermeria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Satisfaccion por nuestra parte, por haber podido elaborar y poner en funcionamiento este procedimiento de uso y manejo de reservorio; para mejora tanto, del trabajo diario de los profesionales de enfermeria como, para el beneficio del propio paciente; y estar al alcance en todos los servicios/unidades del hospital "Ernest Lluch" de Calatayud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/104 ===== ***

Nº de registro: 0104

Título
ELABORACION, IMPLANTACION Y DIFUSION DE UN PROCEDIMIENTO Y MANUAL DE BOLSILLO SOBRE USO Y MANEJO DEL RESERVORIO CUTANEO EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Autores:
VALLEJO GUERRERO ASCENSION, BLANCAS COSTEA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

PROBLEMA

El aumento en los últimos años de la cantidad de pacientes portadores de reservorio subcutáneo, hace necesaria una estandarización de sus cuidados y su difusión entre los profesionales del Hospital Ernest Lluch. Aunque inicialmente los pacientes portadores, se tratan y son atendidos en Hospital de día oncológico, la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0104

1. TÍTULO

ELABORACION, IMPLANTACION Y DIFUSION DE UN PROCEDIMIENTO Y MANUAL DE BOLSILLO SOBRE USO Y MANEJO DEL RESERVORIO CUTANEO EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

continuidad de cuidados se extiende al resto de unidades del Hospital Ernest Lluch, tanto de hospitalización como de servicios como Laboratorio o Urgencias

La ventaja inicial de este tipo de vía venosa es que evita múltiples pinchazos a los pacientes, pero si los profesionales de enfermería no están habituados a su manejo, eso supone además el desplazamiento en numerosas ocasiones del paciente al hospital de Día oncológico, con la incomodidad y gasto que eso supone para los pacientes. La propia manifestación de los pacientes y del personal no adiestrado sobre el miedo y la inseguridad en la manipulación del reservorio ha hecho también necesario el plantear talleres de refuerzo de conocimientos y adiestramiento sobre la técnica

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es que todos los profesionales enfermeros del hospital Ernest Lluch que manipulan un reservorio, lo hagan de la forma adecuada y estandarizada siguiendo el uso de la guía /procedimiento que se elabore.

MÉTODO

- Elaboración del procedimiento de uso y manejo del reservorio cutáneo
- Elaboración de una guía de bolsillo con ilustraciones y conocimientos básicos sobre la manipulación de los reservorios.
- Impresión y difusión del procedimiento y guía mediante talleres y reparto de la misma en todas las unidades del hospital donde se pueda atender a un paciente portador de reservorio.

INDICADORES

- 1- Elaboración del procedimiento y guía del uso y manejo de reservorios.
- 2- Realización de al menos 2 talleres formativos para su difusión.
- 3- Existencia del procedimiento y guía en todas las unidades de enfermería.

DURACIÓN

Elaboración del procedimiento: Septiembre 2016
Difusión e impresión del procedimiento: Noviembre 2016
Difusión en todas las unidades de enfermería: Noviembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 - 2016/0305

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION PARA MEJORAR LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DISFAGIA E ICTUS

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE MARTA PALACIN LARROY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MANRESA OROZ NOEMI
SORIANO VELA RAQUEL
DE LA FLOR MARIN MARIO
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se realizaron tres talleres de formación para Enfermería y Auxiliares en primer trimestre de 2016. En dichos talleres se explicó la realización del test de disfagia, la adaptación de dietas según resultados y pautas de movilización de pacientes con ictus.
-Se adaptaron las dietas del hospital preexistentes, creándose, a parte de la dieta disfagia ya existente, dietas intermedias para pacientes que han mejorado su situación inicial. Segundo trimestre 2016
-Se elaboraron recomendaciones de enfermería para pacientes con disfagia ingresados y al alta (cuarto trimestre 2016)
-Actualización hojas de registro de enfermería para test de disfagia (test volumen-viscosidad). Segundo trimestre 2016
-Difusión de videos sobre cambios posturales y realización test volumen viscosidad (primer trimestre 2017)
-Realización poster cambios posturales para area de ictus (4º trimestre 2016)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las Unidades de Ictus son el mejor sistema asistencial que se puede ofrecer a los pacientes que sufren un ictus, con evidencia científica sobradamente demostrada (nivel de evidencia I, grado de recomendación A). Aportan una mejor situación funcional al alta, mayor grado de independencia, menor tiempo de hospitalización, disminución en el número de complicaciones de una forma coste/eficaz.
Uno de los requisitos imprescindibles de toda Unidad de Ictus y que la definen como tal, es la disposición de personal de "enfermería formada y entrenada en patología vascular cerebral y en número suficiente" (1 enfermera por cada 4-6 pacientes) para la aplicación de los protocolos médicos, conocimientos de principales complicaciones y detección de problemas con el conocimiento suficiente de las escalas específicas así como el plan de cuidados estandarizado de los pacientes.
Al ser ésta una estrategia fundamental en la atención al Ictus ya que se benefician el 80% de los pacientes con Ictus que ingresan en nuestros hospitales, la Comunidad Autónoma de Aragón estableció en su Plan de atención al Ictus en 2010 que todos los Sectores Sanitarios dispondrían de camas de ictus para atender a los pacientes en camas específicas, con protocolos de atención, cuidados, monitorización y enfermería entrenada para disminuir la morbimortalidad. En los hospitales terciarios serían UNIDADES DE ICTUS (con Neurólogo 24 horas), y en el resto de hospitales de Aragón serían ÁREAS DE ICTUS.
La formación que realizamos a la enfermería se mide en las auditorias bianuales sobre el tratamiento del ictus en todos los hospitales de aragon (aun no disponemos de los resultados de 2016) En la previa de 2014 se muestran los siguiente datos sobre movilización precoz y test de disfagia:
-Movilización precoz: tasa de cumplimiento 96.8%, siendo el global de la comunidad 76.8%
-Realización test de disfagia: tasa de cumplimiento 64.5 %, global de la comunidad 41.5%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La formación para enfermería es vital para la atención de pacientes en unidades/áreas de ictus. El principal problema que nos enfrentamos es la alta movilidad del personal, lo que obliga a la realización de cursos y talleres de formación constantemente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/305 ===== ***

Nº de registro: 0305

Título
PROMOCION Y EDUCACION PARA MEJORAR LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DISFAGIA E ICTUS

Autores:
PALACIN LARROY MARTA, MANRESA OROZ NOEMI, SORIANO VELA RAQUEL, DE LA FLOR MARIN MARIO, GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0305

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION PARA MEJORAR LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DISFAGIA E ICTUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con Ictus y disfagia
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Plan de Atención al Ictus de Aragón, incluye su difusión y la formación de los profesionales implicados en la atención de estos pacientes.
Tanto en la atención temprana de los síntomas, como en la vigilancia semi-intensiva en las primeras 48-72 horas y en la posterior recuperación, el papel de enfermería es clave para evitar complicaciones y facilitar una mejoría satisfactoria.
Por eso, se hace necesaria realizar un conjunto de actividades encaminadas a formar y a educar al personal de enfermería para mejorar la atención en los cuidados de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora de la atención al paciente con ictus y disfagia:

- Reforzar conocimientos sobre el Plan de Atención al Ictus del Sistema Aragonés de Salud a las enfermeras/os, tcas y celadores del Sector de Calatayud
- Dar a conocer los cuidados enfermeros propios del paciente con Ictus
- Manejo postural en el paciente hemipléjico. Manejo inicial de rehabilitación en el ictus en planta de hospitalización. 60 min.
- Dar a conocer la técnica de realización del test volumen viscosidad para disfagia. Adaptación de dietas.
- Disminuir la morbimortalidad

MÉTODO

- Realización de sesiones formativas dirigidas al personal de enfermería sobre atención al paciente con ictus y disfagia.
- Adaptación de las dietas del hospital para el paciente con Disfagia.
- Elaboración de recomendaciones de enfermería para el paciente con disfagia.
- Actualización de hojas de registro de enfermería para indicar la realización del test volumen/viscosidad y elaboración de algoritmo de realización.
- Difusión de videos sobre cambios posturales y realización del test volumen/viscosidad en la intranet del hospital.
- Realización de posters con cambios posturales para la unidad Ictus.

INDICADORES

- Realización de talleres de formación
- Existen todos los documentos nombrados y algunos de ellos actualizados.
- Difusión de tutoriales en la intranet del hospital.

DURACIÓN

- Realización de talleres de formación: 1er trimestre 2016
- Actualización de documentación: 2º trimestre 2016
- Adaptación de dietas para el paciente con disfagia: 3er trimestre 2016
- Elaboración de posters para unidad Ictus: 4º trimestre 2016
- Difusión de videos formativos en intranet: 1er trimestre 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 - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAEZ AGUDO FELICIDAD
MARTINEZ ARNEADO CRISTINA
ROMERO VISIEDO JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
TORRALBA TEJERO ELENA
CUBILLO MIGUEL NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-RECOPIACIÓN DE LAS FICHAS TÉCNICAS DE CADA FÁRMACO A INCLUIR EN LA GUIA EN EL CIMA: CENTRO DE INFORMACIÓN ONLINE DE MEDICAMENTOS DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS- AEMPS
- REVISIÓN DE DUDAS SURGIDAS EN LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN PARA ELABORAR LAS FICHAS EN CUANTO A ESTABILIDAD, COMPATIBILIDADES, ETC CON FARMACEUTICO DEL HOSPITAL.
- REUNIÓN DE EQUIPO PARA PUESTA EN COMÚN Y DAR FORMATO A UN PRIMER BORRADOR.

-EN LOS MESES PREVISTOS.
-MEDIOS INFORMÁTICOS DEL CENTRO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- EL PROYECTO ESTÁ EN SEGUIMIENTO HASTA EL MOMENTO LAS ACTIVIDADES QUE SE HAN IDO REALIZANDO SE VAN AJUSTANDO AL OBJETIVO DE QUE EXISTA UN MANUAL QUE NOS AYUDE DURANTE LA UTILIZACIÓN DE LOS FÁRMACOS EMPLEADOS EN ESTÁ UNIDAD CON MAYOR SEGURIDAD.

-NOS HA PERMITIDO SOLICITAR Y DISPONER DE EQUIPOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS FOTOSENSIBLES PARA BOMBA DE PERFUSION, DE LO CUALES NO DISPONIAMOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL PROYECTO ESTÁ EN SEGUIMIENTO,
- UNA DE LAS MEJORAS CONSEGUIDAS QUE YA ESTA PATENTE EN NUESTRA UNIDAD ES CONTAR CON EL MATERIAL ADECUADO EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS FOTOSENSIBLES PARA QUE NO ALTERE SU EFECTIVIDAD.

Y LA SEGURIDAD AL PREPARAR LAS PERFUSIONES YA QUE EMPEZAMOS A CONTAR CON INFORMACIÓN SOBRE ESTABILIDAD, COMPATIBILIDADES QUE HASTA AHORA NO TENIAMOS.
- QUEDA PENDIENTE ELABORAR EL MANUAL DEFINITIVO.
-DURANTE LA ELABORACIÓN DEL MISMO SE HA PROPUESTO UN NUEVO PUNTO:
LA ELABORACIÓN DE UN DÍPTICO/TABLA DE BOLSILLO PLASTIFICADO PARA CADA ENFERMERO/A DE LA UNIDAD COMO CONSULTA RÁPIDA EN LOS MOMENTOS DE EMERGENCIA EN QUE HAYA QUE REALIZAR SOPORTE VITAL AVANZADO.

7. OBSERVACIONES.

HE PARTICIPADO EN ANTERIORES CONVOCATORIAS Y TODO CORRECTO.
PERO EN ESTA CONVOCATORIA DE 2016, NO HUBO NOTIFICACIÓN CORREO ELECTRÓNICO DE LA SELECCIÓN DEL PROYECTO COMO EN OTRAS CONVOCATORIAS LO CUAL ES MUY ÚTIL PARA PODER LLEVAR A CABO TODO EL PROYECTO Y CUMPLIR EL CALENDARIO PREVISTO.
HA INFLUIDO MUCHO EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO QUE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN SOBRE PROYECTOS SELECCIONADOS SE REALIZÓ EL MARTES 12 DE DICIEMBRE DE 2017 SIENDO LA CONVOCATORIA.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/302 ===== ***

Nº de registro: 0302

Título
ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Autores:
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, DEL VILLAR CRUZ TERESA, RROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: son paciente de medicina interna pero también pacientes de trauma, cirugía, urología, gine que se complican a nivel multiorgánico
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.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA

Dirigido al personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE- del Hospital Ernest Lluch de Calatayud.
En la actualidad no disponemos de una guía /manual sobre cómo preparar y administrar fármacos que se pautan en situación de riesgo vital como parte del soporte vital avanzado que se realiza en los pacientes semicríticos que atendemos como pueden ser fármacos vasopresores-cardiovascular: drogas vasoactivas (Dopamina, Dobutamina, Noradrenalina, Epinifrina, Fenilepinefrina, Aleudrina), anti arrítmicos (Amiodarona, Brevibloc, Verapamilo, Manidon), fármacos hipnóticos-sedantes (Etomidato, Propofol), relajantes musculares (Rocuronio, Anectine, Cisatracurio) entre otros fármacos.
Dichos tratamientos a menudo se deben instaurar de forma precoz para procurar mayor beneficio al paciente, momento en que se necesita un mayor esfuerzo terapéutico y un seguimiento más estrecho.
Por todo ello creemos necesario disponer de este Manual para agilizar y resolver de forma práctica posibles dudas sobre su preparación y administración.

RESULTADOS ESPERADOS

Un Manual que incluya los fármacos de administración parenteral que se emplean en situaciones de Soporte Vital Avanzado en la atención a pacientes semicríticos que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería que trabajen en la Unidad de Cuidados Especiales -UCE- respecto a: la preparación de las perfusiones, compatibilidad, estabilidad una vez reconstituido y diluido, y precauciones a tomar, de forma que ésta sea rápida y segura.
- Proporcionar un elemento más en la mejora de la atención a nuestros pacientes.
- Mejora el rendimiento individual de cada profesional.

MÉTODO

Recopilar las fichas técnicas de cada fármaco en el CIMA: Centro de Información online de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios -AEMPS.
- Con la colaboración de la Farmacéutica del Hospital Ernest Lluch solventar dudas respecto a cómo proceder en caso de fármacos fotosensibles en bomba de perfusión continua, equipos de perfusión a emplear, tiempos de estabilidad.
- Elaborar un Manual de Dosificación y Diluciones utilizadas en UCE en el que participe el personal de enfermería de la unidad.
- Sesión presentación del mismo.

INDICADORES

- Existe una guía o manual de diluciones en la Unidad de Cuidados Especiales del hospital Ernest LLuch.
- Realización de un taller para su difusión en segundo semestre 2017

DURACIÓN

- Recopilación de fichas descriptivas de fármacos: Noviembre - Diciembre 2016
-Revisión de dudas y elaboración de primer borrador: Enero- Marzo 2017
-Elaboración y maquetación documento definitivo: Abril - Junio 2017
-Difusión de la guía realizando un taller: Octubre- Noviembre 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 - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAEZ AGUDO FELICIDAD
MARTINEZ ARNEADO CRISTINA
ROMERO VISIEDO JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
TORRALBA TEJERO ELENA
CUBILLO MIGUEL NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión de las fichas técnicas elaboradas de cada fármaco y corrección por parte del Farmacéutico del hospital.
- Elaboración de un índice por nombre genérico y comercial.
- Elaboración de una guía/tabla de bolsillo para cada enfermero/a de la unidad como consulta rápida en los momentos de emergencia.

En los meses previstos.
Con los medios informáticos del centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Completar la revisión de todas las fichas elaboradas, lo que permitirá imprimir y encuadernar el Manual de dosificación y diluciones utilizadas en nuestra unidad.
- Durante la realización del mismo nos ha permitido disponer de equipos opacos para la administración en BPC y bolsas opacas para fotoprotección de las diluciones de perfusión continua de fármacos fotosensibles durante su administración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Durante la recopilación de información, elaboración de fichas y corrección de las mismas nos ha permitido realizar nuestro trabajo con mayor seguridad al preparar las diluciones para BPC de forma correcta para mantener su efectividad.
- Ha quedado patente la importancia de seguir la información proporcionada por la ficha técnica de cada fármaco para su administración correcta sobre compatibilidad, estabilidad, fotosensibilidad, conservación.
- Conseguir mejoras como material para la administración correcta de fármacos fotosensibles.

Queda pendiente:

- Impresión y maquetación del Manual de dosificación y diluciones.
- Impresión y plastificación de la guía/tabla para consulta rápida de bolsillo para cada enfermero/a.
- Presentación de ambos y distribución, en sesión para el personal de la unidad.

Sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación:

- Revisión de las mismas con actualización según se amplíen/varíen las terapias farmacológicas prescritas en nuestra unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/302 ===== ***

Nº de registro: 0302

Título
ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Autores:
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, DEL VILLAR CRUZ TERESA, RROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

Otro Tipo Patología: son paciente de medicina interna pero también pacientes de trauma, cirugía, urología, gine que se complican a nivel multiorgánico

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.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA

Dirigido al personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE- del Hospital Ernest Lluch de Calatayud.

En la actualidad no disponemos de una guía /manual sobre cómo preparar y administrar fármacos que se pautan en situación de riesgo vital como parte del soporte vital avanzado que se realiza en los pacientes semicríticos que atendemos como pueden ser fármacos vasopresores-cardiovascular: drogas vasoactivas (Dopamina, Dobutamina, Noradrenalina, Epinefrina, Fenilepinefrina, Aleudrina), anti arrítmicos (Amiodarona, Brevibloc, Verapamilo, Manidón), fármacos hipnóticos-sedantes (Etomidato, Propofol), relajantes musculares (Rocuronio, Anectine, Cisatracurio) entre otros fármacos.

Dichos tratamientos a menudo se deben instaurar de forma precoz para procurar mayor beneficio al paciente, momento en que se necesita un mayor esfuerzo terapéutico y un seguimiento más estrecho.

Por todo ello creemos necesario disponer de este Manual para agilizar y resolver de forma práctica posibles dudas sobre su preparación y administración.

RESULTADOS ESPERADOS

Un Manual que incluya los fármacos de administración parenteral que se emplean en situaciones de Soporte Vital Avanzado en la atención a pacientes semicríticos que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería que trabajen en la Unidad de Cuidados Especiales -UCE- respecto a: la preparación de las perfusiones, compatibilidad, estabilidad una vez reconstituido y diluido, y precauciones a tomar, de forma que ésta sea rápida y segura.

- Proporcionar un elemento más en la mejora de la atención a nuestros pacientes.
- Mejora el rendimiento individual de cada profesional.

MÉTODO

Recopilar las fichas técnicas de cada fármaco en el CIMA: Centro de Información online de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios -AEMPS.

- Con la colaboración de la Farmacéutica del Hospital Ernest Lluch solventar dudas respecto a cómo proceder en caso de fármacos fotosensibles en bomba de perfusión continua, equipos de perfusión a emplear, tiempos de estabilidad.

- Elaborar un Manual de Dosificación y Diluciones utilizadas en UCE en el que participe el personal de enfermería de la unidad.

- Sesión presentación del mismo.

INDICADORES

- Existe una guía o manual de diluciones en la Unidad de Cuidados Especiales del hospital Ernest LLuch.

- Realización de un taller para su difusión en segundo semestre 2017

DURACIÓN

- Recopilación de fichas descriptivas de fármacos: Noviembre - Diciembre 2016

-Revisión de dudas y elaboración de primer borrador: Enero- Marzo 2017

-Elaboración y maquetación documento definitivo: Abril - Junio 2017

-Difusión de la guía realizando un taller: Octubre- Noviembre 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 - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAEZ AGUDO FELICIDAD
MARTINEZ ARNEADO CRISTINA
ROMERO VISIEDO JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
TORRALBA TEJERO ELENA
CUBILLO MIGUEL NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas:

Revisión de las fichas técnicas elaboradas de cada fármaco y corrección por parte del Farmacéutico del hospital.
- Elaboración de un índice por nombre genérico y comercial.
- Elaboración de una guía/tabla de bolsillo para cada enfermero/a de la unidad como consulta rápida en los momentos de emergencia.

Reuniones para puesta en común y revisión de las últimas actividades realizadas, consensuando:

- La elaboración del Índice de la guía por nombre genérico y comercial.
- Se elabora y da formato a un manual de bolsillo, para que cada enfermero/a de la unidad disponga de una como consulta rápida en los momentos de urgencia vital.
- Vista previa del borrador de la guía definitiva e impresión de la misma.

Calendario marcado:

Debido a la complejidad del proyecto en cuanto a revisión de las fichas técnicas de cada fármaco y elaboración de los distintos documentos el calendario de implantación ha sido más largo de lo previsto. Terminando en el último trimestre de 2019.

Como resultado, se ha elaborado con los medios informáticos y de papelería del centro:

- un Manual de Dosificación y diluciones utilizadas en Unidad de Cuidados Espaciales (UCE) para consulta por el personal de enfermería de la Unidad, disponible en el control de enfermería.
- Una versión de bolsillo plastificada para consulta rápida para que cada enfermera/o lo tenga disponible inmediatamente ante una urgencia vital mientras estamos en los boxes de los pacientes.
- Un Póster plastificado tipo tabla con las diluciones para bomba de perfusión más utilizadas colocado en la encimera donde se carga la medicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Durante la realización del proyecto hemos conseguido disponer de equipos opacos para la administración en BPC de los fármacos que lo precisan así como bolsas opacas para fotoprotección de las diluciones de perfusión continua de fármacos fotosensibles.
- Presentación de todos los formatos y distribución, en sesión para el personal de la unidad.
- Disponer del Manual ha supuesto una mejora en nuestro trabajo, ya que aporta seguridad en el manejo de los fármacos especialmente fármacos en momentos de urgencia vital.

Indicadores de impacto o de grado de extensión:

1- Existe una guía o manual de diluciones en la Unidad de Cuidados Especiales del hospital Ernest LLuch.
Grado de cumplimiento 100%
2- Realización de sesiones informativas para la difusión y presentación del Manual terminado, el póster y las manuales de bolsillo entre el personal de enfermería en plantilla del servicio en último trimestre de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Durante la recopilación de información, elaboración de fichas y corrección de las mismas nos ha permitido realizar nuestro trabajo con mayor seguridad al preparar las diluciones para Bombas de perfusión (BPC) de forma correcta para mantener su efectividad.
- Ha quedado patente la importancia de seguir la información proporcionada por la ficha técnica de cada fármaco para su administración correcta sobre compatibilidad, estabilidad, fotosensibilidad, conservación.
- Conseguir mejoras como material para la administración correcta de fármacos fotosensibles.
- La valoración del equipo de enfermería ha sido muy positiva, añadir el póster en la zona de trabajo donde preparamos las bombas de perfusión y el manual de bolsillo de consulta rápida ha implicado darle mayor agilidad al uso de la información cuando estamos atendiendo a un paciente y surge una urgencia vital.

Sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

- Revisión de las fichas de los fármacos con actualización según se amplíen/varíen las terapias farmacológicas prescritas en nuestra unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/302 ===== ***

Nº de registro: 0302

Título
ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Autores:
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, DEL VILLAR CRUZ TERESA, RROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: son paciente de medicina interna pero también pacientes de trauma, cirugía, urología, gine que se complican a nivel multiorgánico
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.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA

Dirigido al personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE- del Hospital Ernest Lluch de Calatayud.
En la actualidad no disponemos de una guía /manual sobre cómo preparar y administrar fármacos que se pautan en situación de riesgo vital como parte del soporte vital avanzado que se realiza en los pacientes semicríticos que atendemos como pueden ser fármacos vasopresores-cardiovascular: drogas vasoactivas (Dopamina, Dobutamina, Noradrenalina, Epinifrina, Fenilepinefrina, Aleudrina), anti arrítmicos (Amiodarona, Brevibloc, Verapamilo, Manidón), fármacos hipnóticos-sedantes (Etomidato, Propofol), relajantes musculares (Rocuronio, Anectine, Cisatracurio) entre otros fármacos.
Dichos tratamientos a menudo se deben instaurar de forma precoz para procurar mayor beneficio al paciente, momento en que se necesita un mayor esfuerzo terapéutico y un seguimiento más estrecho.
Por todo ello creemos necesario disponer de este Manual para agilizar y resolver de forma práctica posibles dudas sobre su preparación y administración.

RESULTADOS ESPERADOS

Un Manual que incluya los fármacos de administración parenteral que se emplean en situaciones de Soporte Vital Avanzado en la atención a pacientes semicríticos que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería que trabajen en la Unidad de Cuidados Especiales -UCE- respecto a: la preparación de las perfusiones, compatibilidad, estabilidad una vez reconstituido y diluido, y precauciones a tomar, de forma que ésta sea rápida y segura.
- Proporcionar un elemento más en la mejora de la atención a nuestros pacientes.
- Mejora el rendimiento individual de cada profesional.

MÉTODO

Recopilar las fichas técnicas de cada fármaco en el CIMA: Centro de Información online de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios -AEMPS.
- Con la colaboración de la Farmacéutica del Hospital Ernest Lluch solventar dudas respecto a cómo proceder en caso de fármacos fotosensibles en bomba de perfusión continua, equipos de perfusión a emplear, tiempos de estabilidad.
- Elaborar un Manual de Dosificación y Diluciones utilizadas en UCE en el que participe el personal de enfermería de la unidad.
- Sesión presentación del mismo.

INDICADORES

- Existe una guía o manual de diluciones en la Unidad de Cuidados Especiales del hospital Ernest Lluch.
- Realización de un taller para su difusión en segundo semestre 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

DURACIÓN

- Recopilación de fichas descriptivas de fármacos: Noviembre - Diciembre 2016
- Revisión de dudas y elaboración de primer borrador: Enero- Marzo 2017
- Elaboración y maquetación documento definitivo: Abril - Junio 2017
- Difusión de la guía realizando un taller: Octubre- Noviembre 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 - 2016/0120

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST DE ENFERMERIA PARA LOS INGRESOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE BENJAMIN GONZALEZ ARIZA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARIAS CRUZ FRANCISCO MANUEL
TOLOSA TAMAYO ESTIBALIZ
SERRANO GARCIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZAR UN CHECK- LIST DE URGENCIAS CON 14 APARTADOS REFERIDOS A LA IDENTIFICACION DEL PACIENTES, DOCUMENTACION CLINICA, REVISION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA, INFORMACION AL PACIENTE, CORRECTO ESTADO DEL PACIENTE, HORARIOS Y COMUNICACION CON LA PLANTA.
IMPLANTADO EN SEPTIEMBRE DE 2016
ENCUESTA DE SATISFACCION MARZO 2017
SE ELABORO UN FORMATO PAPEL Y SE FORMO AL PERSONAL DE URGENCIAS EN SU USO.
SE DIERON CHARLAS INFORMATIVAS AL PERSONAL DE PLANTA PARA SU CONOCIMIENTO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ENCUESTA DE SATISFACCION
EVALUACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO
NOTABLE MEJORIA EN LA COMUNICACION URGENCIAS-INGRESO Y EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA COMUNICACIÓN ENTRE URGENCIAS Y EL RESTO DE UNIDADES DE INGRESO HA MEJORADO, EL PACIENTE SALE EN MEJORES CONDICIONES DEL SERVICIO DE URGENCIAS.
SE PRODUCEN MENOS ERRORES EN EL PASO DE PACIENTES A PLANTA.
QUEDA PENDIENTE INFORMATIZAR EL CHECK LIST E INCLUIRLO DENTRO DEL PROGRAMA PCH DE URGENCIAS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/120 ===== ***

Nº de registro: 0120

Título
IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST DE ENFERMERIA PARA LOS INGRESOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
GONZALEZ ARIZA BENJAMIN, ARIAS CRUZ FRANCISCO MANUEL, TOLOSA TAMAYO ESTIBALIZ, SERRANO GARCIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implantación de un este sistema permite garantizar la calidad de los ingresos desde el servicio de urgencias. La lista de verificación o Check list es una herramienta muy útil para nuestro servicio de Urgencias al permitirnos aportar orden, estandarización de cuidados así como mejorar la comunicación entre servicios. Con el check list conseguiremos:
- Registrar la información crítica
- Disminuir los errores por omisión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0120

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST DE ENFERMERIA PARA LOS INGRESOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

- Evaluar toda la actividad realizada
- Mejorar los estándares de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Definir la puesta en marcha y utilización de un check-list de enfermería para el ingreso de los pacientes desde Urgencias a las áreas de hospitalización, garantizando una mayor eficiencia y seguridad en los ingresos y una mayor satisfacción personal.

MÉTODO

Se elaborará una hoja de check-list para todos los ingresos de hospitalización destinada a la enfermera de la unidad correspondiente.

Para estos ingresos, el check list constará de 14 apartados referidos a la identificación del paciente (colocación de pulsera identificativa y verificación de identidad), verificación de la documentación clínica, revisión de los procedimientos de enfermería, información del paciente, correcto estado del paciente, cama, pañal y comunicación con la planta de destino y a los horarios.

INDICADORES

- Existencia de un check list de enfermería para los ingresos en Urgencias
- Se realizará una encuesta de satisfacción a una muestra de personal de urgencias y de hospitalización
- Evaluación y actualización de la hoja de registro según los resultados de las encuestas.

DURACIÓN

Implantación: Septiembre 2016
Encuestas de satisfacción: Marzo 2016
Evaluación de resultados: Abril 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 - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE SERGIO MUÑOZ JACOBO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZUIL MARTIN MARCOS
ARNOLDO GRAJEDA JOSE ARNOLDO
SENCIANES CARO ROCIO
MONTESA LOU CRISTINA
ANDRES BERGARECHE IGNACIO
DE FERNANDO GROS MARIA TERESA
GOMEZ HERNANDO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de sesión clínica hospitalaria dirigida a todos los miembros del Servicio(Médicos, MIR, enfermería)
Realización de guía/protocolo sobre manejo de la exacerbación EPOC en Servicio de Urgencias Hospitalarias

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendiente de revisión de historias clínicas para valorar grado de cumplimentación de los indicadores de calidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Mejora subjetiva en la atención del manejo de pacientes que acuden con clínica de exacerbación y unificación de criterios evitando la variabilidad interprofesional tras realización de guía/protocolo
Pendiente de revisión de historias clínicas para valorar grado de cumplimentación de los indicadores de calidad

7. OBSERVACIONES.

Tras incorporar nuevos miembros al proyecto de calidad, dado que 3 miembros ya no trabajan en el hospital, intentaremos completar el proyecto a la mayor brevedad posible

*** ===== Resumen del proyecto 2016/956 ===== ***

Nº de registro: 0956

Título
MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Autores:
MUÑOZ JACOBO SERGIO, ZUIL MARTIN MARCOS, GARCIA SAEZ SANDRA, SENCIANES CARO ROCIO, MONTESA LOU CRISTINA, MUÑOZ CIFUENTES PABLO, YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD, GOMEZ HERNANDO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

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

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

PROBLEMA

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada con elevada prevalencia y morbimortalidad, que supone un problema de salud pública de gran magnitud. Se estima que las muertes por EPOC se incrementarán en más de un 30% en los próximos 10 años, convirtiéndose en la tercera causa de muerte a nivel mundial en 2030.

El curso progresivo y crónico de la EPOC se ve a menudo agravado por periodos de aumento de los síntomas denominados exacerbaciones o agudizaciones. Éstas son un acontecimiento frecuente en la historia natural de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

la enfermedad, siendo el motivo más frecuente de visitas médicas, ingresos hospitalarios y de muertes.

Las agudizaciones de EPOC son unas de las situaciones a las que con más frecuencia nos enfrentamos en los servicios de Urgencias y en los pacientes ingresados. Aunque se ve sometida a variaciones estacionales, representan un 2% de las consultas en los servicios de urgencias. Un 4% de los pacientes consultan cada año por exacerbaciones respiratorias; de estas consultas, un 20% son pacientes con EPOC.

La mortalidad por exacerbaciones de la EPOC que requieren ingreso hospitalario se encuentra en torno a un 14%, y llega hasta un 30% si se precisa ventilación mecánica; además, el propio ingreso por exacerbación condiciona una mortalidad del 40% al año del ingreso, siendo, por tanto un anuncio de que el pronóstico empeora.

Históricamente el tratamiento de las agudizaciones se afronta de manera excesivamente dispersa y arbitraria con grandes diferencias entre los diversos servicios y los diversos profesionales, con objetivos de tratamiento no definidos y con esquemas de tratamiento de base poco fisiopatológica.

Estas circunstancias son las que nos han llevado a revisar el manejo de las agudizaciones, con el fin de optimizar y unificar la atención de esos pacientes, disminuyendo la variabilidad interprofesional

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el tratamiento y manejo de las agudizaciones, estableciendo la indicación del tratamiento broncodilatador, corticoide y antibiótico según criterios de gravedad de la agudización y guías clínicas vigentes. Evitar la sobreutilización de antibióticos y corticoides, y optimizar la broncodilatación. Disminuir número de ingresos hospitalarios, intensificar el seguimiento ambulatorio y de forma secundaria disminuir el coste sanitario.

MÉTODO

Realizar sesiones clínicas hospitalarias dirigida a todos los profesionales (médicos, MIR y enfermeras) que trabajen en el Servicio de Urgencias. Responsable: Sergio Muñoz Jacobo
Posteriormente se revisaran los indicadores de calidad mencionados y las historias clínicas de los pacientes que presenten agudizaciones. Responsable: todos los miembros del grupo de mejora
Elaborar guía clínica en formato reducido tamaño bolsillo, que se facilitará a todos los profesionales que trabajen en el Servicio de Urgencias, para resaltar los aspectos más importantes y mejorar la atención de los pacientes con agudizaciones. Responsable: Sergio Muñoz Jacobo
Realizar circuito asistencial con el Servicio de Neumología, facilitando citas programadas en consultas externas, en plazo no superior a una semana, para control estrecho de aquellos pacientes con agudizaciones moderadas/graves que puedan beneficiarse de continuar el tratamiento ambulatorio evitando el ingreso hospitalario. Responsables. Marzos Zuñil Martín, Sandra Garcia Saez y Mercedes Gomez Hernando

INDICADORES

Tratamiento antibiótico: nº pacientes a los que se les ha prescrito antibiótico/ nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento antibiótico
Tratamiento corticoide: nº pacientes a los que se les ha prescrito corticoide/ nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento corticoide

DURACIÓN

Noviembre-Diciembre 2016: sesión clínica hospitalaria
Abril-Junio 2017: revisión historias clínicas evaluando el grado de seguimiento, mediante la monitorización de los indicadores
Septiembre 2017 nueva sesión hospitalaria y presentar resultados iniciales
Octubre- Diciembre 2017: segunda revisión de historias clínicas evaluando el grado de seguimiento
Enero-Febrero 2018: presentación de resultados definitivos

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 - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE SERGIO MUÑOZ JACOBO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZUIL MARTIN MARCOS
GRAJEDA JOSE ARNOLDO
SENCIANES CARO ROCIO
MONTESA LOU CRISTINA
ANDRES BERGARECHE IGNACIO
DE FERNANDO GROS MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

INTRODUCCION

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada con elevada prevalencia y morbimortalidad, que supone un problema de salud pública de gran magnitud. Se estima que las muertes por EPOC se incrementarán en más de un 30% en los próximos 10 años, convirtiéndose en la tercera causa de muerte a nivel mundial en 2030.

El curso progresivo y crónico de la EPOC se ve a menudo agravado por periodos de aumento de los síntomas denominados exacerbaciones o agudizaciones. Estas son un acontecimiento frecuente en la historia natural de la enfermedad, siendo el motivo más frecuente de visitas médicas, ingresos hospitalarios y de muertes.

Las agudizaciones de EPOC son unas de las situaciones a las que con más frecuencia nos enfrentamos en los servicios de Urgencias y en los pacientes ingresados. Aunque se ve sometida a variaciones estacionales, representan un 2% de las consultas en los servicios de urgencias. Un 4% de los pacientes consultan cada año por exacerbaciones respiratorias; de estas consultas, un 20% son pacientes con EPOC.

La mortalidad por exacerbaciones de la EPOC que requieren ingreso hospitalario se encuentra en torno a un 14%, y llega hasta un 30% si se precisa ventilación mecánica; además, el propio ingreso por exacerbación condiciona una mortalidad del 40% al año del ingreso, siendo, por tanto un anuncio de que el pronóstico empeora.

Históricamente el tratamiento de las agudizaciones se afronta de manera excesivamente dispersa y arbitraria con grandes diferencias entre los diversos servicios y los diversos profesionales, con objetivos de tratamiento no definidos y con esquemas de tratamiento de base poco fisiopatológica.

Estas circunstancias son las que nos han llevado a revisar el manejo de las agudizaciones, con el fin de optimizar y unificar la atención de esos pacientes, disminuyendo la variabilidad interprofesional.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Se realizó una sesión clínica dirigida a todos los profesionales que trabajan en el Servicio de Urgencias (médicos adjuntos, médicos residentes (MIR) y enfermería) en noviembre de 2016 en el momento del inicio del proyecto de calidad, para unificar criterios optimizando y unificando la atención de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias con una agudización de EPOC.

Posteriormente en junio de 2018 se realizó una segunda sesión clínica dirigida a médicos adjuntos y personal MIR, evaluando el grado de seguimiento del estudio, así como integrando todas las actualizaciones existentes en el manejo de dicha patología e ilustrando a los médicos residentes que no estaban presentes en nuestro servicio al inicio del estudio.

Se realizó un circuito asistencial con el Servicio de Neumología, facilitando citas programadas en consultas externas, en plazo no superior a una semana, para control estrecho de aquellos pacientes con agudizaciones moderadas que podían beneficiarse de seguimiento ambulatorio evitando el ingreso hospitalario, si bien es cierto que a mitad del estudio se instauró la interconsulta entre Atención Primaria y especializada, siendo esta consulta gestionada entre éstos profesionales, aunque de la misma manera se garantizó la atención y seguimiento con la idea inicial de evitar ingresos hospitalarios, consiguiendo a su vez integrar más si aún cabe a la Atención Primaria y logrando un manejo más multidisciplinar.

Se han revisado las historias clínicas de los pacientes que han acudido al Servicio de Urgencias durante el año 2018 con una agudización o exacerbación de EPOC, analizando el manejo de estos pacientes de acuerdo a los indicadores establecidos, en 2 periodos en junio 2018 y en enero 2019.

El calendario inicialmente previsto, se ha demorado en torno a un año de la estimación inicial, debido a los numerosos cambios de personal tanto del Servicio de Urgencias como del servicio íntegro de neumología, incluyendo nuevos miembros al proyecto de calidad, aunque esto no ha evitado la correcta consecución del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2018 se atendieron en el Servicio de Urgencias un total de 245 pacientes con diagnóstico de agudización de EPOC, 150 de ellos en los primeros 6 meses del año (Enero-Junio) y 95 de ellos en los últimos 6 meses (Julio-Diciembre), diferencia atribuible probablemente a la estacionalidad de la patología infecciosa, tanto vírica como bacteriana, que es la principal etiología responsable de la agudización de la EPOC. De todos ellos 157 pacientes (64,1%) su destino final fue el ingreso hospitalario en planta de Medicina Interna y 88 pacientes (35,9%) fueron dados de alta ambulatoria. De los 150 pacientes atendidos en la primera mitad de año, ingresaron en planta hospitalaria 103 lo que supone un 68,7%, mientras que en el segundo periodo del año ingresaron un 56,8% (54 ingresos) apreciándose un descenso significativo del porcentaje de ingresos en esta última parte del año coincidiendo con la segunda sesión clínica realizada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Los criterios de gravedad de la exacerbación de EPOC, atienden a criterios clínicos, hemodinámicos, de la gravedad de su enfermedad de base en fase estable y de las comorbilidades asociadas. Atendiendo a estos criterios y adecuados al sistema español de triaje (SET), de las 245 exacerbaciones atendidas, 44(18%) han sido muy graves, 165 graves (67,3%) y 36(14,7%) leves-moderadas. En los primeros 6 meses del estudio fueron muy graves el 19,3%(29), el 66,7%(100) graves y el 14%(21) leves-moderadas. En los últimos 6 meses del estudio fueron muy graves el 15,7%(15), graves el 68,4%(65) y leves-moderadas el 15,8%(15). Todo ello habla de que el nivel de gravedad de las agudizaciones atendidas en el servicio de urgencias, es mayoritariamente grave o muy grave y que no hay diferencias significativas en ambos periodos del estudio en cuanto a gravedad, lo cual justificaría el alto porcentaje de ingreso hospitalario.

Indicador 1:

- Tratamiento antibiótico: nº pacientes a los que se le ha prescrito antibiótico/nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento antibiótico X 100.

Primera medición (junio 2018): 90,1%

Segunda medición (enero 2019):93,9%

Indicador 2:

- Tratamiento corticoideo: nº pacientes a los que se les ha prescrito corticoide/nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento corticoideo X 100.

Primera medición (junio 2018):81,4%

Segunda medición (enero 2019):88,7%

La medición de los indicadores del proyecto ha resultado muy positiva tal y como se pueden observar en los resultados aportados. Se puede apreciar un aumento del 3,8% en el primer indicador comparando el primer periodo con respecto al segundo periodo, tras realizar una segunda sesión e informar de los datos preliminares del estudio. En el segundo indicador el aumento es todavía mayor hasta del 7,3% respecto a la primera medición. Aparte de los indicadores citados, se ha apreciado un mejor manejo global del paciente que acude con una agudización de EPOC, optimizando la broncodilatación, puesto que con anterioridad al estudio se retiraban los broncodilatadores de acción larga que el paciente utilizaba en domicilio y se sustituían por las nebulizaciones. En el momento actual hemos concienciado e instruido en el uso concomitante de ambos. Además se hace un uso mayor y precoz de la ventilación mecánica no invasiva. Todo ello ha contribuido a reducir la tasa de ingresos hospitalarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Realizar un proyecto de mejora de la calidad asistencial en el manejo de la agudización de EPOC, es efectivo con resultados óptimos en todas las mediciones realizadas. Realizar sesiones clínicas y difundirlas a todo el personal sanitario, ha contribuido de forma fundamental a los resultados obtenidos. La continua revisión de los resultados y la actualización bibliográfica son otras herramientas fundamentales. Tras el alta del Servicio de Urgencias, se debe realizar un control clínico en un plazo de 72 horas, para ello se deben establecer en cada zona programas o protocolos destinados a asegurar la continuidad asistencial. Según el estudio AUDIPOC (auditoria clínica realizada en 129 hospitales españoles) la mortalidad global a los 90 días tras alta hospitalaria por EPOC agudizado es del 11,6% y las tasas de reingreso son del 37%, por todo ello insistimos en la importancia de la continuidad asistencial. Debemos tener en cuenta que un 80% de los episodios de reagudización pueden ser tratados de forma ambulatoria tras recibir un tratamiento inicial adecuado, bien en su centro de salud o en los servicios de urgencias hospitalarios, por lo que es importante un manejo precoz y óptimo para evitar aumentar la tasa de hospitalización, con todas las consecuencias clínicas negativas para el paciente que conlleva, así como mayor coste sanitario de forma secundaria.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad con elevada prevalencia pero muy infradiagnosticada, esto explica que en nuestro periodo de estudio el número de pacientes atendidos con diagnóstico de agudización de EPOC sea solo de 245, si bien es cierto que con toda probabilidad se habrán atendido muchos más pacientes con esta patología, pero que no tenían diagnóstico previo de EPOC al no habérselo hecho una espirometría previa. Durante este estudio se han analizado el número de pacientes que tenían indicación de tratamiento antibiótico y que lo han recibido de forma adecuada. Un aspecto muy interesante que no se ha analizado y que pudiera ser motivo de futuros estudios, son aquellos pacientes que han recibido tratamiento antibiótico y realmente no estaba indicado, dado que el sobreuso de los antibióticos y las resistencias bacterianas a los mismos, es un problema sanitaria muy importante de la actualidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/956 ===== ***

Nº de registro: 0956

Título

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Autores:
MUÑOZ JACOBO SERGIO, ZUIL MARTIN MARCOS, GARCIA SAEZ SANDRA, SENCIANES CARO ROCIO, MONTESA LOU CRISTINA, MUÑOZ CIFUENTES PABLO, YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD, GOMEZ HERNANDO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

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

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

PROBLEMA

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada con elevada prevalencia y morbimortalidad, que supone un problema de salud pública de gran magnitud. Se estima que las muertes por EPOC se incrementarán en más de un 30% en los próximos 10 años, convirtiéndose en la tercera causa de muerte a nivel mundial en 2030.

El curso progresivo y crónico de la EPOC se ve a menudo agravado por periodos de aumento de los síntomas denominados exacerbaciones o agudizaciones. Éstas son un acontecimiento frecuente en la historia natural de la enfermedad, siendo el motivo más frecuente de visitas médicas, ingresos hospitalarios y de muertes.

Las agudizaciones de EPOC son unas de las situaciones a las que con más frecuencia nos enfrentamos en los servicios de Urgencias y en los pacientes ingresados. Aunque se ve sometida a variaciones estacionales, representan un 2% de las consultas en los servicios de urgencias. Un 4% de los pacientes consultan cada año por exacerbaciones respiratorias; de estas consultas, un 20% son pacientes con EPOC.

La mortalidad por exacerbaciones de la EPOC que requieren ingreso hospitalario se encuentra en torno a un 14%, y llega hasta un 30% si se precisa ventilación mecánica; además, el propio ingreso por exacerbación condiciona una mortalidad del 40% al año del ingreso, siendo, por tanto un anuncio de que el pronóstico empeora.

Históricamente el tratamiento de las agudizaciones se afronta de manera excesivamente dispersa y arbitraria con grandes diferencias entre los diversos servicios y los diversos profesionales, con objetivos de tratamiento no definidos y con esquemas de tratamiento de base poco fisiopatológica.

Estas circunstancias son las que nos han llevado a revisar el manejo de las agudizaciones, con el fin de optimizar y unificar la atención de esos pacientes, disminuyendo la variabilidad interprofesional

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el tratamiento y manejo de las agudizaciones, estableciendo la indicación del tratamiento broncodilatador, corticoideo y antibiótico según criterios de gravedad de la agudización y guías clínicas vigentes.
Evitar la sobreutilización de antibióticos y corticoides, y optimizar la broncodilatación.
Disminuir número de ingresos hospitalarios, intensificar el seguimiento ambulatorio y de forma secundaria disminuir el coste sanitario.

MÉTODO

Realizar sesiones clínicas hospitalarias dirigida a todos los profesionales (médicos, MIR y enfermeras) que trabajen en el Servicio de Urgencias. Responsable: Sergio Muñoz Jacobo
Posteriormente se revisaran los indicadores de calidad mencionados y las historias clínicas de los pacientes que presenten agudizaciones. Responsable: todos los miembros del grupo de mejora
Elaborar guía clínica en formato reducido tamaño bolsillo, que se facilitará a todos los profesionales que trabajen en el Servicio de Urgencias, para resaltar los aspectos más importantes y mejorar la atención de los pacientes con agudizaciones. Responsable: Sergio Muñoz Jacobo
Realizar circuito asistencial con el Servicio de Neumología, facilitando citas programadas en consultas externas, en plazo no superior a una semana, para control estrecho de aquellos pacientes con agudizaciones moderadas/graves que puedan beneficiarse de continuar el tratamiento ambulatorio evitando el ingreso hospitalario. Responsables: Marzós Zuil Martín, Sandra García Saez y Mercedes Gómez Hernando

INDICADORES

Tratamiento antibiótico: nº pacientes a los que se les ha prescrito antibiótico/ nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento antibiótico
Tratamiento corticoideo: nº pacientes a los que se les ha prescrito corticoide/ nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento corticoideo

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Noviembre-Diciembre 2016: sesión clínica hospitalaria

Abril-Junio 2017: revisión historias clínicas evaluando el grado de seguimiento, mediante la monitorización de los indicadores

Septiembre 2017 nueva sesión hospitalaria y presentar resultados iniciales

Octubre- Diciembre 2017: segunda revisión de historias clínicas evaluando el grado de seguimiento

Enero-Febrero 2018: presentación de resultados definitivos

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 - 2016/1041

1. TÍTULO

INSTAURACION DE PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE CRISTINA MONTESA LOU
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
URDAZ HERNANDEZ MARTHA
RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR
RECIO JIMENEZ ENRIQUE
MALO YAGÜE MARTA
ESCOBAR RAMON MARIA JESUS
LAMATA DE LA ORDEN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboro el protocolo de actuación de la TVP Y TVS para tratamiento domiciliario y seguimiento, así como la investigación de causa oculta de la misma (en consulta de hematología y medicina interna). Este protocolo cambio a su vez el servicio en el cual se ingresan pacientes seleccionados, para optimizar su estudio. Se difundió dicho protocolo en sesiones hospitalarias y en las ultimas jornadas de sociedad aragonesa de urgencias asi como fue presentado en calidad de nuestro hospital .

El calendario de actuación se retraso 6 meses dado los traslados de personal integrante a otros hospitales, y el cambio de los mismos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado ha sido satisfactorio dado que ha cambiado el modo de tratar a los pacientes diagnosticados de esta patología, disminuyendo la variabilidad de los tratamientos, protocolarizando los mismos y asegurando el seguimiento y estudio, Así mismo se ha priorizado el manejo domiciliario del mismo (con el consiguiente ahorro en camas y riesgos de patología nosocomial)

Con respecto a los indicadores fijados; en el ultimo semestre del 2016 se diagnosticaron 25 tvp en nuestro hospital, siendo ingresadas solo el 8 de ellas por lo que la tasa de altas de tvp con tratamiento domiciliario ha sido de un 60% acercándonos al objetivo marcado del 80% que fijan las GPC.

Este porcentaje ha subido significativamente con respecto a la practica clínica previa al protocolo donde ingresaban un 100% de los pacientes.

Revisando las historias de dichos pacientes a prácticamente la totalidad (en tratamiento domiciliario) se le ha retirado la anticoagulación (15 retirado y 2 con anticoagulación) un 88%. Alcanzando el objetivo del segundo indicador

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha reflexionado sobre la gran importancia del tratamiento multidisciplinar de esta patología, incidiendo en la coordinación de profesionales desde urgencias interna hematología cirugía radiología y atención primaria . Así como de la necesidad de estudiar las causas ocultas de la misma, protocolarizando los estudios de despistaje de cáncer que esconde la TVP.

Ha quedado pendiente la difusión en atención primaria, quedando demostrada la rentabilidad del tratamiento domiciliario con respecto al hospitalario tanto en términos de eficacia como de eficiencia y efectividad .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1041 ===== ***

Nº de registro: 1041

Título
INSTAURACION DE PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD

Autores:
MONTESA LOU CRISTINA, MARTINEZ ESTEBAN ESTIBALIZ, MALO YAGÜE MARTA, GOMEZ AGUIRRE NOELIA, HUICI POLO PATXI, LARDIES NAVARRO JOSE ANTONIO, RECIO JIMENEZ JOSE ENRIQUE, TALAL JABOUR ISSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1041

1. TÍTULO

INSTAURACION DE PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En el hospital Ernest Lluch de Calatayud tradicionalmente, dado que no se dispone de servicio de cirugía vascular se tiende a ingresar a todos los pacientes con trombosis venosa profunda. Esto, no solo no se adecua a las recomendaciones actuales, sino que además, genera días de hospitalización innecesarios, con el consiguiente perjuicio para el paciente . Por lo tanto consideramos importante la instauración de una vía de tratamiento domiciliario de esta patología

RESULTADOS ESPERADOS
Este proyecto, tiene por objeto sentar las bases de un protocolo consensuado con los distintos servicios de nuestro hospital para la correcta atención de los pacientes con trombosis venosa profunda y superficial .Establecer las pruebas a realizar, el tratamiento, los criterios de envío a domicilio o ingreso así como los controles a seguir y las recomendaciones para los pacientes
Los objetivos principales es conseguir el tratamiento domiciliario de los pacientes con TVP de bajo riesgo

MÉTODO
Será necesario el control clínico y terapéutico de Cirugía, Hematología, Radiología y Medicina interna si precisa estudio posterior etiológico.Los requerimientos mínimos para realizar el tratamiento en régimen ambulatorio son:
Signos vitales normales
No sospecha de TEP Bajo riesgo de hemorragia por antecedentes
Ausencia de Insuficiencia renal o hepática grave o plaquetopenia
Disponibilidad de medios técnicos y humanos para la administración de HBPM, anticoagulación, control del recuento plaquetario, INR y concentración de transaminasas.
TVP no complicada (ausencia de TVP proximal extensa iliofemoral extensa/ Flegmasía/ extensión proximal a femoral común)
TVP tanto proximales (femoro-poplíteas) como las de afectación aislada distal al hueco poplíteo

INDICADORES
TASA DE ALTA DE PACIENTES CON TVP EN TRATAMIENTO DOMICILIARIO = N° TVP EN TRATAMIENTO DOMICILIARIO/ N° TOTAL DE TVP DIAGNOSTICADOS EN URGENCIAS
retirada de ACO a los 6 meses en tvp domiciliario/ retirada de ACO a los 6 meses de pacientes ingresados con TVP.
Se compararan ambos indicadores con las TVP tratadas previa a la instauración de protocolo

DURACIÓN
ELABORACION Y DIVULGACION DE PROTOCOLO HASTA FEBRERO DE 2017
INICIO INSTAURACION DE PROTOCOLO DE FEBRERO A JULIO DE 2017
MEDICION DE INDICADORES AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2017
FINALIZACION PROYECTO OCTUBRE 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1132

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO INGRESO EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA CATALAN LADRON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MUÑOZ JACOBO SERGIO
POVEDA SERRANO MARIA DEL PILAR
MARTINEZ GONZALEZ LAURA
FERNANDO GROS TERESA
GONZALEZ ARIZA BENJAMIN
ESTEVE ALCALDE PATRICIA
MARTIN FORTEA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Mejorar el proceso ingreso en M. Interna
OBJETIVOS GENERALES: Optimizar la solicitud de Pruebas de Laboratorio al ingreso, adecuadas al proceso patológico
Evitar duplicar la extracciones al paciente
Disminuir el gasto de material fungible
Elaborar una rutina de enfermería
Adecuar el tto. Especifico desde el primer momento del ingreso
Colaborar a disminuir la estancia media

1. PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS y CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN

A lo largo de los meses de enero y Febrero se realizan varias reuniones entre los miembros del Proyecto con la asistencia del mayor número posible de ellos.
Se decide como fecha de implantación el 1 de Marzo y programar las reuniones que fueran necesarias para la puesta en marcha y la evaluación.
Dados los cambios continuos de la Plantilla se ha informado a los nuevos incorporados aprovechando las reuniones programadas mensuales del Servicio.
Se realizará una evaluación al cierre del tercer trimestre y al cierre del ejercicio
Se revisan los Perfiles de Laboratorio actuales utilizados al ingreso en Medicina Interna en ese momento concluyendo que pueden incluir demasiadas determinaciones no siempre necesarias en todos los pacientes y concluimos que el método ideal sería ajustar la solicitud de determinaciones al tipo de Patología y al Paciente, lo que además evitaba el crear un nuevo Perfil en el Laboratorio que por su sistema de acreditación tiene perfectamente definidas sus tareas.
En la última reunión, el tercer miércoles de Febrero decidimos realizar a los pacientes susceptibles de ingreso el perfil habitual de Urgencias y añadir los parámetros que serán necesarios para precisar el Diagnóstico y posteriores controles en Hospitalización. Ello permitiría la adecuación de las determinaciones a cada tipo de Paciente, evitando las innecesarias. Asimismo se determinó por un lado reuniones informativas a los miembros de los dos Servicios implicados y a los Médicos Residentes y por otro con Enfermeras y Auxiliares del Servicio de Urgencias responsables de la preparación del material necesario y de la toma de muestras (Se elabora la Norma de preparación del material para extracción, con los tubos necesarios y los complementarios si hubiera que tomar también muestras de Microbiología como serologías ó cultivos) y se decide el registro en PCH para posteriores comprobaciones y medidas.
Realizadas las reuniones y con los acuerdos adoptados se decide comenzar el 1 de Marzo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se revisan los Perfiles de Laboratorio actuales utilizados al ingreso en Medicina Interna en ese momento concluyendo que pueden incluir demasiadas determinaciones no siempre necesarias en todos los pacientes y concluimos que el método ideal sería ajustar la solicitud de determinaciones al tipo de Patología y al Paciente, lo que además evitaba el crear un nuevo Perfil en el Laboratorio que por su sistema de acreditación tiene perfectamente definidas sus tareas.
En la última reunión, el tercer miércoles de Febrero decidimos realizar a los pacientes susceptibles de ingreso el perfil habitual de Urgencias y añadir los parámetros que serán necesarios para precisar el Diagnóstico y posteriores controles en Hospitalización. Ello permitiría la adecuación de las determinaciones a cada tipo de Paciente, evitando las innecesarias. Asimismo se determinó por un lado reuniones informativas a los miembros de los dos Servicios implicados y a los Médicos Residentes y por otro con Enfermeras y Auxiliares del Servicio de Urgencias responsables de la preparación del material necesario y de la toma de muestras (Se elabora la Norma de preparación del material para extracción, con los tubos necesarios y los complementarios si hubiera que tomar también muestras de Microbiología como serologías ó cultivos) y se decide el registro en PCH para posteriores comprobaciones y medidas.
Realizadas las reuniones y con los acuerdos adoptados se decide comenzar el 1 de Marzo.

- Indicador 1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1132

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO INGRESO EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

En Infección Respiratoria hemos evaluado el Perfil 8 de Urgencias, PCR, Gasometría Arterial si PO2<90% y Hemocultivos si fiebre con los siguientes resultados:

- Perfil 8 en el 100%
- PCR en el 84%
- G.A. en el 92%
- Hemocultivos en el 78%

En insuficiencia Cardiaca, Perfil 8 de Urgencias, G: A. si PO2<90% y NT-Pro BNP en pacientes en los que se planteó Dx Diferencial con los siguientes resultados:

- Perfil 8 en el 100%
- G. A. en el 90%
- NT-Pro BNP en el 76%

• Indicador 2

Respecto al cumplimiento de la norma de Enfermería comprobando su registro en PCH ha sido del 94%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Revisadas las Hª en PCH y comprobados los datos hemos comprobados que todas las acciones que conduzcan a la estandarización de los procedimientos permiten buen grado de cumplimiento como hemos comprobado en este caso con la sorpresa de haber superado lo previsto. Debemos destacar la labor de la enfermería por la exquisita aplicación de la norma y su registro. Respecto a los pacientes se les reduce el nº de extracciones evitándoles daño innecesarios y permite administrarles el tto adecuado de forma casi inmediata. Por otro lado la Organización ve mejorada la adecuación de recursos disminuyendo inversión en fungible y en duplicidad de determinaciones y disminuir los días de hospitalización colaborando en la disminución de la estancia media. La intervención parece claramente extensible a otros procesos y fácilmente reproducible, no necesita recursos especiales y para revisarlo y modificarlo sólo necesita el tiempo de reunirse las partes implicadas en el diseño y cumplimiento.

Disponemos de información de la actividad en Urgencias por los registros PCH y tenemos un soporte fiable y de fácil accesibilidad en la HCE .

En conclusión es una adecuación en tiempo del uso de los recursos básicos contemplados en la Cartera de Servicios con resultados de Calidad, Seguridad Clínica del Paciente y que colabora en la eficiencia de la organización

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1132 ===== ***

Nº de registro: 1132

Título
MEJORA DEL PROCESO INGRESO EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
CATALAN LADRON MARIA LUISA, MUÑOZ JACOBO SERGIO, POVEDA SERRANO MARIA DEL PILAR, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, FERNANDO GROS TERESA, GONZALEZ ARIZA BENJAMIN, ESTEVE ALCALDE PATRICIA, MARTIN FORTEA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PROPIA DE MEDICINA INTERNA
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN EL MOMENTO ACTUAL LOS INGRESOS EN MEDICINA INTERNA LO DECIDE EL MÉDICO QUE REALIZA LA ASISTENCIA EN URGENCIAS. EL PACIENTE ES VALORADO POR EL INTERNISTA DE GUARDIA Y CUANDO PASA A HOSPITALIZACION SE LE ASIGNA UN MEDICO INTERNISTA EN FUNCION DE LA CAMA DONDE INGRESA.
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SE LE REALIZAN LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS NECESARIAS, INCLUIDAS EN CARTERA DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1132

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO INGRESO EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

SERVICIOS DEL MISMO PARA LLEGAR A UNA IMPRESION DIAGNÓSTICA.
EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA CUANDO VALORA AL PACIENTE SOLICITA SU PERFIL ANALITICO DE INGRESO

RESULTADOS ESPERADOS

SOLICITAR DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS EL PERFIL DE INGRESO LO QUE DISMINUIRÍA EN AL MENOS UN DÍA LA ESTANCIA MEDIA. EL INTERNISTA RESPONSABLE DEL PACIENTE DISPONDRÁ DESDE EL PRIMER CONTACTO TODOS LOS DATOS ANALITICOS NECESARIOS PARA INDICAR EN TTO ESPECIALIZADO DISMINUIR EL N° DE EXTRACCIONES AL PACIENTE CON EL CONSIGUIENTE AHORRO DE TIEMPO DE ENFERMERIA Y USO DE MATERIAL FUNGIBLE.
EVITAR DUPLICIDAD DE DETERMINACIONES EN EL LABORATORIO

MÉTODO

ELABORAR UN PERFIL DE ANALITICA DE INGRESO CONSENSUADO POR URGENCIAS Y MEDICINA INTERNA Y AUTORIZADO POR EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS.
ELABORAR UNA RUTINA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA LA ELECCION DE LOS TUBOS, TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN Y CIRCUITO DE SOLICITUDES
SESIONES INFORMATIVO-FORMATIVAS DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS

INDICADORES

% PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA EL PERFIL ANALITICO DE INGRESO > 75
% CUMPLIMENTACION RUTINA DE ENFERMERIA > 75

DURACIÓN

ELABORACION DE DOCUMENTOS ANTES DEL 15 DE FEBRERO
MEDIDA DE RESULTADOS EN JULIO Y 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 - 2016/1067

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VEJIGA

Fecha de entrada: 20/01/2018

2. RESPONSABLE ROBERTO MARTINEZ DELGADO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARANDA LASSA JOSE MANUEL
SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL
REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO
DE JUAN CEBOLLADA CARMEN
MILLARUELO LARENAS MARTA
LAURA CERDAN MORENO
JOSE VAZ RODRIGUEZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se consensuó con el personal de enfermería el lugar de la administración del fármaco, la unidad de oncología por la tarde.
2. Se seleccionó y formó a personal de enfermería, supervisoras de tarde y noche, para la administración del fármaco, indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas medicamentosas, correcta manipulación, administración y eliminación.
3. Tras la RTU se solicita el fármaco a farmacia desde quirófano para poder administrarlo en las primeras 6 horas.
4. El facultativo pauta "Administración de quimioterapia intravesical" en las ordenes de tratamiento.
5. Enfermería realiza los puntos siguientes:
6. Monitorización de la tolerancia, el tiempo de permanencia en la vejiga, la aparición de alergias o efectos secundarios, de clínica miccional o de otros efectos secundarios del fármaco.
7. Vigilancia de la cantidad y cualidades de la diuresis posteriormente a la administración, reponiendo el sistema lavador en caso necesario.
8. Avisar al urólogo de guardia en caso de complicaciones o efectos inesperados tras la administración.
9. Registrar en la historia clínica del paciente la administración del fármaco, la hora, la tolerancia del paciente al fármaco y la aparición de efectos secundarios si los hubiese en la hoja de evolución de enfermería
10. Los facultativos miembros del equipo de mejora han realizado un seguimiento periódico del programa y han transmitido la información al resto del personal implicándolo en el proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Reseñar que como principal problema en la instauración del programa surgió un problema de calendario. Así los aspectos preliminares y selección del personal de enfermería no se realizó hasta diciembre de 2016. A cambio el resto de la instauración fue más rápida. La formación al personal de enfermería se completo a finales de enero, empezando a principios de febrero con los casos pilotos. La adaptación e implicación del servicio y de los profesionales fue ejemplar por lo que la mejora pasó a ser un protocolo de actuación en pocas semanas. En junio de 2017 estaba prevista una evaluación preliminar que no se realizó por la evidente buena marcha del programa. Enero de 2018 se ha realizado la evaluación del programa tras casi un año en funcionamiento. Del 1 de enero de 2017 hasta 31 de diciembre de 2017 se han realizado en nuestro servicio 23 RTU de tumor vesical. De ellas 5 (21.7%) resultaron de aspecto musculoinvasivo de entrada por lo que no se beneficiaban del tratamiento y que por lo tanto no se administró. Otras 4 más presentaron invasión del músculo detrusor en su anatomía patológica lo que eleva la cifra a 39%, anormalmente alta. Por tanto fueron 18 pacientes candidatos a quimioterapia postoperatoria. En 14 casos (77.7%) se completó el tratamiento en las primeras 6 horas tras la RTU. En 2 casos (11.1 %) no se realizó en las primeras 6 horas pero sí antes de las 24 primeras horas. No se pudo realizar el tratamiento en las primeras 24 horas, en dos casos (11.1%) ambos por hematuria. Hemos constatado que los 4 pacientes en los que no se pudo administrar el tratamiento en las primeras 6 horas, todos por hematuria, coincidieron con aquellos que presentaron un estadio avanzado de la enfermedad y que sufrieron cirugías más agresivas y que no se hubiesen beneficiado del tratamiento precoz.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pretendíamos que la administración se realizara en las primeras 24 horas postoperatorias a más del 80 % de los pacientes y hemos conseguido un 88.8% (16 casos) y en las primeras 6 horas en más del 70% y hemos conseguido un 77.7% (14 casos). Como principal problema en la instauración del programa surgió un problema de calendario y fijar las personas responsables de cada actividad. El programa es actualmente el procedimiento normal de actuación. Creemos que nuestro programa es totalmente extrapolable a cualquier otro centro por su sencillez.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1067

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VEJIGA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1067 ===== ***

Nº de registro: 1067

Título
PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VEJIGA

Autores:
MARTINEZ DELGADO ROBERTO, ARANDA LASSA JOSE MANUEL, SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL, REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO, DE JUAN CEBOLLADA CARMEN, MILLARUELO LADERAS MARTA, CERDAN MORENO LAURA, VAZ RODRIGUEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

El Cáncer de vejiga presenta una elevada prevalencia en nuestra población siendo uno de los económicamente más caros de tratar de debido a su elevada tasa de recidivas. En diversas guías clínicas se recomienda la instilación de quimioterapia intravesical postoperatoria para reducir la probabilidad de recidiva, lo más precoz posible dado que ello aumenta la eficacia. Existe una eficacia máxima si se realiza antes de las 6 horas postoperatorias. En nuestro centro este procedimiento se realiza de forma habitual a la mañana siguiente de la cirugía, lejos de las primeras 6 horas. Esto se debe a que se realiza en la unidad de oncología, abierta solamente por las mañanas y la administración se debería de realizar por las tardes, tras la RTU. Por ello pensamos que se está perdiendo la eficacia, lo que conlleva un mayor número de casos a tratar, un peor pronóstico, más recidivas y secundariamente coste sobreañadido.

RESULTADOS ESPERADOS

Como objetivo proponemos la optimización de la administración de quimioterapia intravesical aplicándola antes de las primeras 6 horas postoperatorias para reducir la tasa de recidivas, mejorar el pronóstico, optimizar el coste de los tratamientos y secundariamente reducir los costes del tratamiento de las recidivas que evitemos. Pretendemos que la administración se realice en las primeras 24 horas postoperatorias a más del 80 % de los pacientes y en las primeras 6 horas en más del 70% de los pacientes una vez el programa esté asentado en nuestro centro.

MÉTODO

1. Consensuar con el personal de enfermería el lugar de la administración del fármaco, la unidad de enfermería o la unidad de oncología por la tarde.
2. Se solicitará el fármaco desde quirófano cuando se prevea que lo van a requerir y se podrá administrar en las primeras 6 horas.
3. El facultativo pautará "Administración de quimioterapia intravesical" salvo contraindicación".
4. Seleccionar a personal de enfermería entrenado en la administración del producto o se deberá formar a dicho personal para ello. Conocer las indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas medicamentosas, la correcta manipulación, administración y eliminación del fármaco. Enfermería realizará los puntos siguientes.
5. Monitorización de la tolerancia, el tiempo de permanencia en la vejiga, la aparición de alergias o efectos secundarios, de clínica miccional o de otros efectos secundarios del fármaco.
6. Vigilancia de la cantidad y cualidades de la diuresis posteriormente a la administración, reponiendo el sistema lavador en caso necesario.
7. Avisar al urólogo de guardia en caso de complicaciones o efectos inesperados tras la administración.
8. Registrar en la historia clínica del paciente la administración del fármaco, el tiempo transcurrido desde la cirugía, la tolerancia del paciente al fármaco y la aparición de efectos secundarios si los hubiese. Esto puede quedar reflejado en la hoja de evolución de enfermería o en una hoja específica creada al efecto y que permita posteriormente realizar la monitorización del procedimiento.
9. Serán los facultativos miembros del equipo de mejora los responsables del seguimiento periódico del programa y de transmitir la información al resto del personal implicado en el proceso.

INDICADORES

1. Registro de todos los pacientes incluidos en el programa.
2. Porcentaje de pacientes sometidos a RTU vesical a los que se les consigue administrar quimioterapia antes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1067

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VEJIGA

de las 6 horas postoperatorias.

3. Registro de efectos secundarios y complicaciones de la administración del fármaco
4. Registro de los pacientes a los que no se les pudo administrar el fármaco en el plazo previsto y los motivos.

DURACIÓN

1. Octubre 2016: aspectos preliminares (decisión del lugar de administración, informar al personal implicado del programa de mejora...) y selección del personal de enfermería.
2. Octubre y Noviembre 2016: formación, si se requiere, al personal de enfermería que se verá implicado en el programa.
3. Noviembre 2016: inicio piloto.
4. Diciembre 2016: evaluación de los casos pilotos y modificación de los protocolos o actuaciones en caso necesario.
5. Enero de 2017: Inicio formal del programa de mejora.
6. Junio de 2017: evaluación preliminar de los parámetros.
7. Enero de 2018: evaluación del programa tras un año en funcionamiento

OBSERVACIONES

Reenvío acertado

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

*** ===== **