

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2018)

Número de memorias: 142 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AP	CS ABIEGO	CASTELLS SOLANA MARIA ANGELES	2018_0372	S1	21/01/2020	EDUCACIÓN SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRÁMIDE ALIMENTARIA
BA	AP	CS ABIEGO	CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES	2018_0372	S3	06/02/2019	EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA
BA	AP	CS ABIEGO	TODA CALVO MARIA ROSARIO	2018_0801	S1	01/02/2019	INTERVENCION INTENSIVA DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO
BA	AP	CS ABIEGO	TODA CALVO MARIA ROSARIO	2018_0801	F	14/01/2020	INTERVENCIÓN INTENSIVA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO
BA	AP	CS AINSA	LOPEZ CALZON PATRICIA	2018_1398	S1	07/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)
BA	AP	CS AINSA	LOPEZ CALZON PATRICIA	2018_1398	F	04/01/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2018_1409	S2	14/01/2019	LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2018_1409	F	05/02/2019	LOS NIÑOS/AS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS
BA	AP	CS AINSA	BAGUES CASAS SONIA	2018_1419	S1	07/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS EN NUESTRA RESIDENCIA DE ANCIANOS LA SOLANA
BA	AP	CS AINSA	LOPEZ CALZON PATRICIA	2018_1419	F	04/01/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENDION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2018_1440	S2	11/02/2019	MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2018_1440	F	09/01/2020	MEJORANDO ANALÍTICAS: UNIFICACIÓN E INFORMACIÓN ESPECÍFICA
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	SORINAS FORNIES SILVIA	2018_0285	F	01/02/2019	INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES: APP-PIN-SMS
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	SORINAS FORNIES SILVIA	2018_0285	F	27/01/2020	INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES: APP-PIN-SMS
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PALACIN ELTORO BEATRIZ	2018_0321	F	25/02/2019	BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCION DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PORQUET GRACIA HELGA	2018_0326	S1	20/02/2019	EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	GRAU BARRULL ANA ISABEL	2018_0555	F	07/02/2019	PASEOS SALUDABLES
BA	AP	CS BARBASTRO	PORQUET GRACIA HELGA	2018_0326	F	30/01/2020	EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA
BA	AP	CS BARBASTRO	LUEZA LAMPURLANES CRISTINA	2018_0954	S1	14/03/2019	MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	TORRES CLEMENTE ELISA	2018_0974	S1	12/03/2019	INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO
BA	AP	CS BARBASTRO PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	SAGARRA NOVELLON DIANA	2018_0652	S1	08/02/2019	INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUSFAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BINEFAR	ROMERO NEVADO FERMIN	2018_0967	S1	15/03/2019	PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS BINEFAR	ROMERO NEVADO FERMIN	2018_0967	F	29/01/2020	PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS BINEFAR	JANER SUBIAS ELENA	2018_1271	S1	15/01/2019	MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA
BA	AP	CS BINEFAR	GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA	2018_1335	S1	27/02/2019	DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES
BA	AP	CS BINEFAR	GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA	2018_1335	F	29/01/2020	DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2018_0177	S1	15/02/2019	MEJORA EN EL DIGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2018_0177	S2	14/01/2020	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2018)

Número de memorias: 142 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	YSEBIE RONSE ISABEL	2018_1446	S1	07/02/2019	FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	ALONSO BERGES RAQUEL	2018_1493	S1	19/02/2019	IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES
BA	AP	CS FRAGA ADMISION Y DOCUMENTACION	CERVERA VIDAL DAVID	2018_1321	S1	13/02/2019	REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS
BA	AP	CS FRAGA ADMISION Y DOCUMENTACION	CERVERA VIDAL DAVID	2018_1321	F	05/01/2020	REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS
BA	AP	CS FRAGA	NOGUERO CARRERA ADORACION	2018_0127	S1	04/02/2019	INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA
BA	AP	CS FRAGA	NOGUERO CARRERA ADORACION	2018_0127	F	29/01/2020	INSTRUCCIÓN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA
BA	AP	CS FRAGA	BITRIAN AISA PILAR	2018_0191	S1	20/02/2019	USA LOS PIES CON CABEZA
BA	AP	CS FRAGA	NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ	2018_0316	S1	19/02/2019	PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA
BA	AP	CS FRAGA	NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ	2018_0316	S2	23/01/2020	PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD RADIOFÓNICA
BA	AP	CS FRAGA	RUBIO MARTINEZ MARIA PAZ	2018_0644	S1	13/02/2019	ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DELEAP DEL CS FRAGA
BA	AP	CS FRAGA	RUBIO MARTINEZ MARIA PAZ	2018_0644	F	27/01/2020	ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA
BA	AP	CS GRAUS	BANDRES PARDO NATALIA	2018_1126	S1	24/02/2019	GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO
BA	AP	CS GRAUS	BANDRES PARDO NATALIA	2018_1126	F	30/01/2020	GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS : CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO
BA	AP	CS LAFORTUNADA	GRACIA MARCO MARIA	2018_0051	S1	13/03/2019	CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS MEQUINENZA	FERRER SANZ MARIA JOSE	2018_1459	S1	18/02/2019	GESTION DE ANALITICAS
BA	AP	CS MONZON RURAL	PEREZ ALBIAC JOSE LUIS	2018_0454	F	06/03/2019	PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO
BA	AP	CS MONZON URBANO	BORDAS BUIL YOLANDA	2018_0932	S2	26/02/2019	TRIAJE DE CONSULTAS INDEMEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CAMARA ABON ELENA	2018_0552	S1	22/01/2019	DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CAMARA ABON ELENA	2018_0552	S2	31/01/2020	DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CUY GODINA MARIA ANGELES	2018_0556	S1	22/01/2019	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CUY GODINA MARIA ANGELES	2018_0556	F	30/01/2020	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	RAMOS ESPAÑOL JUDIT	2018_0666	S1	22/01/2019	PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	RAMOS ESPAÑOL JUDIT	2018_0666	F	21/01/2020	PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	JANER SUBIAS ELENA	2018_1271	F	30/01/2020	MEJORA EN LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA
BA	AP	DAP BARBASTRO	DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO	2018_0106	S1	18/01/2019	GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA
BA	AP	DAP BARBASTRO	DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO	2018_0106	F	30/01/2020	GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA
BA	HOSP	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA CONSULTAS EXTERNAS	PEREZ SARASA SUSANA	2018_0493	S2	15/02/2019	COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANALISIS CLINICOS	TAPIA LANUZA AMADO	2018_1032	F	15/02/2019	MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA EN LABORATORIO

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2018)

Número de memorias: 142 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	HOSP	H BARBASTRO ANALISIS CLINICOS	SOPENA MURILLO ANA CRISTINA	2018_1241	F	15/02/2019	MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO E LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ARANA LENIS MARIA CONSTANZA	2018_0237	S1	09/03/2019	UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	CARRASQUER PUYAL AURORA	2018_0238	S1	09/03/2019	INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	PUEYO VICENTE YOLANDA	2018_0892	F	11/03/2019	MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ESCOLANO HURTADO CARMEN	2018_1088	F	16/01/2019	MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ESCOLANO HURTADO CARMEN	2018_1088	F	12/03/2019	MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA	2018_1403	F	16/01/2019	EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA	2018_1403	F	12/03/2019	EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA
BA	HOSP	H BARBASTRO CARDIOLOGIA	REINOSO RODOLFO EDUARDO	2018_0655	S0	14/03/2019	MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE
BA	HOSP	H BARBASTRO CARDIOLOGIA	GRADOS SASO DANIEL	2018_0898	S1	14/03/2019	CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE	2018_0218	S1	15/03/2019	CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	FRANCES RAMI ESMERALDA	2018_0320	S1	27/02/2019	UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ALONSO AYERBE LAURA	2018_0232	S2	12/03/2019	IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DEL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS
BA	HOSP	H BARBASTRO CONSULTAS EXTERNAS	NASARRE GER ANA	2018_0053	S1	21/01/2019	UGC DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS
BA	HOSP	H BARBASTRO CONSULTAS EXTERNAS	NASARRE GER ANA	2018_0053	S1	04/03/2019	UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS
BA	HOSP	H BARBASTRO CONSULTAS EXTERNAS	UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE	2018_0218	S1	15/03/2019	CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DERMATOLOGIA	SANCHEZ SALAS PILAR	2018_0287	S1	27/02/2019	TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DERMATOLOGIA	SANCHEZ SALAS PILAR	2018_0287	S1	28/02/2020	TELEDERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DIGESTIVO	HARB SAID YAMAL	2018_0778	S1	08/08/2019	GRUPO DE TRABAJO DE HEPATITIS C DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DIGESTIVO	AURED DE LA SERNA ISABEL	2018_1514	F	27/02/2019	INFORMATIZACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)
BA	HOSP	H BARBASTRO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA	2018_0945	F	15/02/2019	ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS
BA	HOSP	H BARBASTRO ESTERILIZACION	MORA ALINS FIDELA SOFIA	2018_1329	F	15/03/2019	ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO-2018
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	SAHUN GARCIA ELISA MARIA	2018_1078	F	26/02/2019	PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	GASTON AÑANOS JUAN FRANCISCO	2018_1081	F	26/02/2019	APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
BA	HOSP	H BARBASTRO	FERRANDO LACARTE IGNACIO	2018_0808	F	14/03/2019	VALORACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2018)

Número de memorias: 142 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		GERIATRIA					HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO GERIATRIA	FERRANDO LACARTE IGNACIO	2018_1316	F	14/03/2019	DETECCION DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	PAUL VIDALLER PEDRO	2018_0222	F	25/02/2019	PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	YUS CEBRIAN MARIA FLOR	2018_0263	F	13/02/2019	CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	ROMERO QUEZADA LORIS LENDY	2018_0349	S1	13/02/2019	RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	ROMERO QUEZADA LORIS LENDY	2018_0349	F	29/01/2020	RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO (SEGUIMIENTO PROYECTO 2018_0349)
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	ZAMORA ELSON MONICA	2018_0119	S1	18/02/2019	VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	ZAMORA ELSON MONICA	2018_0119	S2	20/12/2019	VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARSBSTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GRASA LANAU JOSE ANTONIO	2018_0212	S1	23/02/2019	CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GRASA LANAU JOSE ANTONIO	2018_0212	F	21/01/2020	CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL	2018_0351	S1	22/02/2019	CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL	2018_0351	F	14/01/2020	CIRCUITO DE ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR	2018_0062	S3	29/01/2019	IMPLEMETACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA, CENTROS ASISTENCIALES, SOCIALES Y SANITARIOS"
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	BOLEA LADERAS LAURA	2018_0300	S1	25/02/2019	PYOYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA	2018_0154	F	14/03/2019	IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO	2018_1171	F	26/02/2019	ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	MORA ROLDAN LAURA	2018_1474	S1	28/02/2019	EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	LEON SUBIAS ERICA	2018_0823	S1	03/03/2019	ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLOGICA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	VIÑADO MAÑES CLARA MARIA	2018_0886	F	26/02/2019	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUENO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA	2018_0889	S0	12/02/2019	CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA	2018_0889	F	06/03/2019	CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA	2018_0897	S1	14/02/2019	ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	CASTILLO LASIERRA AMPARO	2018_0897	F	06/03/2019	ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER	2018_0048	S1	11/01/2019	EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO	2018_0377	S1	11/01/2019	MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS
BA	HOSP	H BARBASTRO	CRESPO BURILLO JOSE	2018_0378	S1	11/01/2019	CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2018)

Número de memorias: 142 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		NEUROLOGIA	ANTONIO				
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	GARCIA ARGUEDAS CAROLINA	2018_0430	S1	11/01/2019	REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROSSERVICIOS HOSPITALARIOS
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	GARCIA ARGUEDAS CAROLINA	2018_0430	F	13/03/2019	REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	DEFIOR SANTAMARIA SARA	2018_0107	F	03/02/2019	CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA	2018_0324	S3	03/02/2019	PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BERDALA CLEMENTE RAQUEL	2018_0333	S0	15/01/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BERDALA CLEMENTE RAQUEL	2018_0333	S1	04/02/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ARAGON SANZ MARIA ANGELES	2018_0370	S1	14/02/2019	IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	NASARRE GER ANA	2018_0053	F	20/01/2020	UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	CALDERERO ARAGON VERONICA	2018_0317	S2	25/01/2019	PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	CALDERERO ARAGON VERONICA	2018_0317	F	25/01/2020	PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	FLORIAN GERICO JESUS	2018_0331	S0	17/12/2018	TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	HERNANDEZ GARCIA ALBA	2018_0383	F	25/02/2019	IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN	2018_0365	F	26/02/2019	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	2018_0622	F	14/02/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA	2018_0093	F	17/02/2019	ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	PLANA FERNANDEZ MARIANO	2018_0111	S1	21/02/2019	PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	LOPEZ ALONSO BEGOÑA	2018_0113	F	04/02/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSP. BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	BARBERA PEREZ PAULA MARIA	2018_0268	F	14/02/2019	ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	RUIZ DEL OLMO IZUQUIZA IGNACIO	2018_0328	F	26/02/2019	PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	LALAGUNA MALLADA PAULA	2018_0760	F	15/02/2019	REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNOINFANTILES
BA	HOSP	H BARBASTRO PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	MINGUILLON ARANDA LUIS	2018_1431	S1	13/03/2019	ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO QUIROFANOS	PARDENILLA VIÑUALES EMMA	2018_0022	F	10/03/2019	MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO QUIROFANOS	BALLABRIGA GONZALEZ MONICA	2018_0895	S1	15/03/2019	ESTANDARIZACION DE NORMAS DE APLICACION DE PROTROMBINAHUMANA EN PACIENTES CON RIESGO DE SANGRADO INTRAOPERATORIOEN EL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	FERNANDEZ SANCHEZ RUTH	2018_0057	S1	21/01/2019	UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	FERNANDEZ SANCHEZ RUTH	2018_0057	S2	30/01/2020	UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2018)

Número de memorias: 142 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	MARIN GASPAR ELENA MARIA	2018_0719	F	17/02/2019	MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DEPROTESIS TOTAL DE RODILLA
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA	2018_0759	S1	22/02/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	MARTINEZ GONZALEZ ANA	2018_0876	F	14/02/2019	PROCEDIMIENTO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES Y PERIARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR
BA	HOSP	H BARBASTRO REUMATOLOGIA	PINA SALVADOR JOSE MANUEL	2018_0647	S0	23/01/2020	EVALUACION DEL IMPACTO (I) DE LA CONSULTA VIRTUAL EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGIA DURANTE EL AÑO 2018
BA	HOSP	H BARBASTRO UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO	PESQUER VILAS ISABEL	2018_0244	F	08/02/2019	ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	EITO CUELLO JUAN JOSE	2018_0409	S0	26/02/2019	GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	MARTINEZ CASTILLON JAVIER	2018_1255	F	14/03/2019	TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	VALLES TORRES ELISA	2018_1374	F	15/03/2019	ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLANES DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO UROLOGIA	MATA ORUS MARIA	2018_1050	S1	08/08/2019	VÍA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (UIE) MEDIANTE MALLA SUBURETRAL TOT
BA	HOSP	H BARBASTRO UROLOGIA	CACHI FUENTES GUIDO	2018_1062	S1	08/08/2019	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HIDROCELE TESTICULAR EN ADULTO: VIA DE REFERENCIA RAPIDA
BA	HOSP	H BARBASTRO UROLOGIA	DOLEZAL PETR	2018_1232	F	08/08/2019	ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PRÓSTATA DE BAJO RIESGO

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 21/01/2020

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

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

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

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0372

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

TEMAS

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

1. TÍTULO

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

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES CASTELLS SOLANAS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0372

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

1. TÍTULO

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

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

MÉTODO

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

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

INTERVENCION INTENSIVA DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Fecha de entrada: 01/02/2019

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

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

El segundo ha vuelto a fumar tras la intervención.

El tercero se encuentra iniciando la intervención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0801

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

1. TÍTULO

INTERVENCION INTENSIVA DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

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

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

MÉTODO

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

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

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

Medición CO en la consulta.

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

INDICADORES

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

-N° Pacientes ex-fumadores al año.

DURACIÓN

Fecha inicio: septiembre 2018

Organización agenda consultas junio-agosto 2018.

Curso preparación de profesionales Mayo 2018.

Sesión formativa junio 2018.

Evaluación de datos junio 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN INTENSIVA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Fecha de entrada: 14/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores del proyecto son:

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

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

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

N° de registro: 0801

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

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

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

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN INTENSIVA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

Fecha inicio: septiembre 2018
Organización agenda consultas junio-agosto 2018.
Curso preparación de profesionales Mayo 2018.
Sesión formativa junio 2018.
Evaluación de datos junio 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 07/02/2019

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

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

Nº de registro: 1398

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

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

1. TÍTULO

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

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

Las acciones previstas para llevar a cabo nuestro objetivo serán:

Realizar un cuestionario previo, para ver donde partimos.

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

Evaluación final de los conocimientos y habilidades adquiridas.

Encuesta de satisfacción de las cuidadoras.

INDICADORES

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

Fuente de datos: SARES.

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

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

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

DURACIÓN

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

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

1. TÍTULO

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 04/01/2019

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS.

Encuesta previa para conocer situación de donde partimos.

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

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

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

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

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

Evaluacion final de los conocimientos y habilidades adquiridas.

Encuesta de satisfacción de las cuidadoras.

CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO MARCADO.

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

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

RECURSOS EMPLEADOS.

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1398

Título

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

Autores:

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

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

1. TÍTULO

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

Las acciones previstas para llevar a cabo nuestro objetivo serán:

Realizar un cuestionario previo, para ver donde partimos.

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

Evaluación final de los conocimientos y habilidades adquiridas.

Encuesta de satisfacción de las cuidadoras.

INDICADORES

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

Fuente de datos: SARES.

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

DURACIÓN

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

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

Evaluación posterior a la realización del taller

Fecha de finalización: Máximo el 31 de octubre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

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

1. TÍTULO

LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

Fecha de entrada: 14/01/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1409

Título
LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

Autores:
BORBON CAMPOS INES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

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

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

1. TÍTULO

LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

INDICADORES

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

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

Encuesta de satisfacción: superior al 90%.

DURACIÓN

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

Finales de Junio 2018: Realizar la charla-taller.

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

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

1. TÍTULO

LOS NIÑOS/AS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

Fecha de entrada: 05/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1409

Título
LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

Autores:
BORBON CAMPOS INES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

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

1. TÍTULO

LOS NIÑOS/AS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

INDICADORES

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

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

Encuesta de satisfacción: superior al 90%.

DURACIÓN

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

Finales de Junio 2018: Realizar la charla-taller.

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 07/02/2019

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

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

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

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

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

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

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

Nº de registro: 1419

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

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

1. TÍTULO

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

Pertinencia del proyecto.

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

Debilidades:

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

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

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

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

Aumento del número de pacientes que presentan lesiones por presión.

Amenazas:

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

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

Presión por los familiares.

Fortalezas

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

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

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

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

Oportunidades:

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

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

MÉTODO

Las actividades previstas para llevar a cabo nuestro objetivo serán:

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

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

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

INDICADORES

-Encuesta de evaluación: Se evaluará la información recibida, si es útil, clara, concreta.

-Guía de prevención de lesiones por presión.

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

1. TÍTULO

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

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 04/01/2019

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1419

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS

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

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

1. TÍTULO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

Pertinencia del proyecto.

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

Debilidades:

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

Amenazas:

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

Fortalezas

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

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

1. TÍTULO

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

(tipificación del tipo de lesión).

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

DURACIÓN

Fecha de inicio: Julio 2018,

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

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

Se llevará a cabo durante el resto del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA

Fecha de entrada: 11/02/2019

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1440

Título
MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

1. TÍTULO

MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

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

Disminuir costes humanos, materiales y económicos.

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

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

MÉTODO

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

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

INDICADORES

Los datos para la medición serán:

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

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

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

DURACIÓN

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

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

Enero 2019: 1ª monitorización de los datos recogidos.

Mayo 2019: 2ª monitorización

Junio 2019: Exposición de resultados en reunión de EAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

MEJORANDO ANALÍTICAS: UNIFICACIÓN E INFORMACIÓN ESPECÍFICA

Fecha de entrada: 09/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ CALZON PATRICIA
PERA FERRAZ CARMEN
THACCO VELARDE MAGALY
ZAPATERO CASEDAS ANA CARMEN
MALLOR VICENTE NATALIA
RIVERA MUR SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se entregó folletos detallando la información, clara y concisa, sobre la forma idónea de recogida de muestras. Revisión de las historias de los pacientes anotados en agenda de extracciones, también en consultas y/o admisión, preguntando si tenían analíticas de especialistas para poder unificar en un solo día y extracción.

Recursos materiales: folletos, fotocopias, ordenador... Recursos personales: personal de enfermería y personal administrativo.

Se realizó un calendario para las monitorizaciones y para informar sobre los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos de la medición fueron:

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

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

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

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

Resultados:

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

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

Nº de registro: 1440

Título
MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS

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

1. TÍTULO

MEJORANDO ANALÍTICAS: UNIFICACIÓN E INFORMACIÓN ESPECÍFICA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0285

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES: APP-PIN-SMS

Fecha de entrada: 01/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA GARCIA LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos impreso carteles y folletos informativos y los hemos repartido por los consultorios. A todos los pacientes que acudían al mostrador del Centro de Salud, les explicábamos los beneficios de tener instalada la aplicación, así como a los que nos llamaban por teléfono. Muchos pacientes (sobre todos los más mayores), nos solicitaban instrucciones de uso directamente sobre su móvil, y les explicábamos cómo funcionaba la aplicación y cómo sacarle el máximo provecho. Cuando venían a solicitar una interconsulta para el especialista, les explicábamos que podían ver luego dicha cita en su teléfono incluso antes de que recibieran la carta, por ejemplo... Que podían ver si estaban pendientes de alguna revisión. Y también estamos fomentando que se les recuerde, vía sms (porque la mayoría no tiene dirección de email) que tienen que acudir a una cita con el especialista (AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN VÍA SMS). Esto ha reducido el absentismo en Atención Especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han reducido a más de la mitad el número de llamadas recibidas en el Centro de Salud para peticiones de cita o consultas de citas de Especializada. En los consultorios locales esto se ha notado aún mas, ya que los pacientes estaban acostumbrados a acudir sin cita, y cada vez más la solicitan tanto a través de la página web como a través del móvil. Esto nos permite realizar tareas (como actualización de historias, bases de datos...) que antes no podíamos realizar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cuando disponen de la información necesaria, la mayoría de los pacientes son muy receptivos a las nuevas tecnologías. Aunque seamos un centro con pacientes con una edad media bastante alta, está funcionando mucho mejor de lo que esperábamos. No es un proyecto finalizado, ya que están disponibles nuevos servicios, y seguimos informando a los pacientes sobre dichos servicios. Nuestro objetivo es llegar al 80% de la población. También necesitaríamos nuevos folletos (ya impresos o para imprimir) con los nuevos servicios disponibles tanto en la web como en el móvil.

7. OBSERVACIONES.

Hay nuevos servicios disponibles tanto en la web como en la aplicación del móvil, pero no disponemos de folletos informativos para poder explicarlo a los pacientes.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/285 ===== ***

Nº de registro: 0285

Título
INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Autores:
SORINAS FORNEIS SILVIA, PINILLA GARCIA LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NINGUNA. TODOS LOS PACIENTES
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: EFICIENCIA ADMINISTRATIVA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

1. La mayoría de la población de nuestro Centro de Salud está en otras localidades y el uso del teléfono de Salud Informa les resulta muy caro. Entonces se produce una saturación en las llamadas para cita previa en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0285

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES: APP-PIN-SMS

teléfono del Centro de Salud.

2. Muchos usuarios llaman en repetidas ocasiones para preguntar cuándo tienen las citas con el especialista (porque se las dan con mucho tiempo) o no saben si están pendientes de que les llamen. Con esta aplicación, lo tendrían todo controlado. También se evitarían extravíos de citas y los correspondientes absentismos, aumento de listas de espera... Esto también se vería reflejado en un menor número de llamadas del teléfono del Centro de Salud, que en muchas ocasiones está ocupado y no deja acceso a una posible urgencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Potenciar las alternativas que ha puesto en marcha el SALUD para pedir cita y actualizar los datos de localización: con el PIN en Salud Informa, y en la aplicación móvil para pedir cita y consultar las citas de Especializada. También el envío de "sms" recordando que en 2-3 días van a tener una cita con el especialista. Nuestro proyecto consistiría en que estas nuevas aplicaciones lleguen al mayor número de pacientes posible, de manera que tengan al alcance de su mano más información y más actualizada.

MÉTODO

- 1.- Exponer al resto del EAP las ventajas de estos servicios en una reunión.
- 2.- Elaborar carteles informativos para colgar tanto en consultorios locales como en Ayuntamientos y Farmacias, intentando llegar al mayor número de personas.
- 3.- Elaborar folletos informativos y hacerlos accesibles a la población.
- 4.- Aprovechar las gestiones que los usuarios vienen a realizar al Centro de Salud o las llamadas telefónicas para ofertarles tanto la aplicación como las posibilidades de la Web.

INDICADORES

Anualmente, solicitaremos a BDU el número trámites que hemos realizado en "AUTORIZACIONES DE COMUNICACIÓN" y números de "SOLICITUD DE PIN" que se han realizado. Esperamos un incremento de un 15-20% en cada uno de ellos.

DURACIÓN

La duración será indefinida, ya que siempre habrá nuevos usuarios a los que incluir en este proyecto.

Responsable implantación: SILVIA SORINAS FORNIES.

Fecha de inicio prevista: 10/04/2018

Fecha de finalización del proyecto: indefinido.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0285

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES: APP-PIN-SMS

Fecha de entrada: 27/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA GARCIA LIDYA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos seguido imprimiendo carteles y folletos informativos y los hemos repartido por los consultorios y el propio mostrador. A todos los pacientes que acudían al mostrador del propio Centro de Salud, les explicamos los beneficios de tener instalada la aplicación y en la medida de lo posible, y siempre previa petición y/o autorización del paciente, les instalamos la aplicación y les explicamos su funcionamiento y beneficios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La mayoría de las citas ya se solicitan a través de la APP y cada vez es menor el número de pacientes que acuden a la consulta sin cita previa. También ha disminuido el absentismo en Atención Especializada. Esto nos permite realizar tareas (como actualización de historias, bases de datos...) que antes nos resultaba muy difícil realizar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La tecnología es difícil de entender, pero incluso los pacientes de más edad están siendo muy receptivos a este tipo de aplicación. Les ayuda saber que una solicitud de cita con el especialista está pendiente de citar o tienen registrada la cita en su móvil, ya que hasta el momento, los pacientes no lo veían como algo real (sabían que estaban pendientes de una cita, pero no sabían si había demasiada demora, se les había pasado, etc.). De esta forma, pueden controlar perfectamente sus citas y saben si están todavía pendientes de citar o citados.

7. OBSERVACIONES.

Somos uno de los centros en los que, proporcionalmente, más usuarios han solicitado este servicio. Creemos que está funcionando muy bien y los pacientes están muy satisfechos con la información que tienen en sus manos. Aunque se seguirá realizando, ya será de forma residual, ya que la mayoría de la población que tenía posibilidades de utilizar esta aplicación ya lo está haciendo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/285 ===== ***

Nº de registro: 0285

Título
INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Autores:
SORINAS FORNEIS SILVIA, PINILLA GARCIA LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NINGUNA. TODOS LOS PACIENTES
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: EFICIENCIA ADMINISTRATIVA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1. La mayoría de la población de nuestro Centro de Salud está en otras localidades y el uso del teléfono de Salud Informa les resulta muy caro. Entonces se produce una saturación en las llamadas para cita previa en el teléfono del Centro de Salud.
2. Muchos usuarios llaman en repetidas ocasiones para preguntar cuándo tienen las citas con el especialista (porque se las dan con mucho tiempo) o no saben si están pendientes de que les llamen. Con esta aplicación, lo tendrían todo controlado. También se evitarían extravíos de citas y los correspondientes absentismos, aumento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0285

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES: APP-PIN-SMS

de listas de espera...

Esto también se vería reflejado en un menor número de llamadas del teléfono del Centro de Salud, que en muchas ocasiones está ocupado y no deja acceso a una posible urgencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Potenciar las alternativas que ha puesto en marcha el SALUD para pedir cita y actualizar los datos de localización: con el PIN en Salud Informa, y en la aplicación móvil para pedir cita y consultar las citas de Especializada. También el envío de "sms" recordando que en 2-3 días van a tener una cita con el especialista. Nuestro proyecto consistiría en que estas nuevas aplicaciones lleguen al mayor número de pacientes posible, de manera que tengan al alcance de su mano más información y más actualizada.

MÉTODO

- 1.- Exponer al resto del EAP las ventajas de estos servicios en una reunión.
- 2.- Elaborar carteles informativos para colgar tanto en consultorios locales como en Ayuntamientos y Farmacias, intentando llegar al mayor número de personas.
- 3.- Elaborar folletos informativos y hacerlos accesibles a la población.
- 4.- Aprovechar las gestiones que los usuarios vienen a realizar al Centro de Salud o las llamadas telefónicas para ofertarles tanto la aplicación como las posibilidades de la Web.

INDICADORES

Anualmente, solicitaremos a BDU el número trámites que hemos realizado en "AUTORIZACIONES DE COMUNICACIÓN" y números de "SOLICITUD DE PIN" que se han realizado. Esperamos un incremento de un 15-20% en cada uno de ellos.

DURACIÓN

La duración será indefinida, ya que siempre habrá nuevos usuarios a los que incluir en este proyecto.

Responsable implantación: SILVIA SORINAS FORNIES.

Fecha de inicio prevista: 10/04/2018

Fecha de finalización del proyecto: indefinido.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0321

1. TÍTULO

BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCION DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ PALACIN ELTORO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PORQUET GRACIA HELGA
VILLAS SENDER MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas se centraron básicamente en dos: una consulta monográfica y charlas en los colegios. Los pacientes que cumplían los requisitos (IMC superior a 25, con alguna alteración en su analítica y predispuestos a cambiar sus hábitos) fueron seleccionados. A estos se les realizaba una primera consulta para poder valorar, cambiar hábitos y realizar dietas personalizadas.

En cuanto a la otra actividad se habló con los diferentes colegios que abarca nuestro centro de salud y se concretaron fechas para realizar charlas sobre alimentación con los niños y otras con los cuidadores. Estas últimas estaban abiertas a todo el público.

Se trabajo con power point y muestras de alimentos para los más pequeños: trigo sarraceno, quinoa,...

En cuanto al calendario lo han ido marcando los colegios según la materia que estudiaban en ese momento o el proyecto que estaban dando.

Los pacientes de las consultas monográficas fueron seleccionados por los profesionales de cada consultorio y en cuanto a la otra actividad tras ponernos en contacto con los colegios ellos informaron a los padres. En caso de que los profesores considerarán que el aforo iba a ser escaso, se notificó al ayuntamiento para que lo pregonarán.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a las charlas en los coles, se pasaron dos encuestas una para los profesionales de la educación y otra para los cuidadores de los niños.

Ambos grupos creían que era un tema importante que se debía tratar. Los profesores destacaron la importancia de que alguien externo al centro educativo y sanitario hablará de este tema.

En cuanto a los cuidadores destacaron la necesidad de apoyo en este tema ya que a veces por la edad de sus hijos o familiares no coinciden con revisiones hasta dentro de un tiempo.

En cuanto a las consultas monográficas valoramos los resultados que fueron positivos (pérdida de peso) en la mayor parte de los pacientes. Algunos abandonaron ya que referían que hay épocas del año en las cuales es imposible hacer dieta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto lo valoramos positivamente ya que nos ha hecho crear un vínculo con los colegios viendo los posibles puntos en los que podemos trabajar en un futuro. Debido a que en nuestro centro la consulta de pediatría esta muy saturada los cuidadores agradecían el trabajar el aspecto de los hábitos higienico-dietéticos con tranquilidad.

En cuanto a la consulta monográfica, pacientes no incluidos en el proyecto mostraron ganas por entrar debido a los buenos comentarios de los que teníamos. Ya que al ser consultas semanales o quincenales el seguimiento era mucho más personalizado.

A destacar un aspecto negativo de este proyecto y es la falta de tiempo para poder desarrollarlo. Las actividades se han desarrollado pero sin poder profundizar en ellas por el escaso tiempo disponible.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/321 ===== ***

Nº de registro: 0321

Título
BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCION DE SOBREPESO Y OBESIDAD

Autores:
PALACIN ELTORO BEATRIZ, PORQUET GRACIA HELGA, VILLAS SENDER MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0321

1. TÍTULO

BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCION DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Debido a que los porcentajes de obesidad y sobrepeso están aumentando desde la infancia y los adultos cada vez tienen más enfermedades cardiovasculares relacionadas con malos hábitos en la alimentación, se decidió trabajar estos desde las edades más tempranas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Adquisición de buenos hábitos higienico-dietéticos desde la primera infancia.
2. Solucionar dudas y falsos mitos a los cuidadores en la introducción a la alimentación complementaria
3. Mejorar el conocimiento de los distintos grupos de alimentos entre los niños de 3-12 años
4. Fomentar dietas saludables en los niños de 3-12 años
5. Mejorar el IMC de la población adulta con factores de riesgo cardiovascular

6.

MÉTODO

1. Se realizará educación grupal con los niños en los diferentes colegios mediante charlas sobre los distintos grupos de alimentos, dando una mayor importancia a los de cercanía y temporada. Se realizarán 4 charlas a lo largo del año escolar en cada uno de los colegios que pertenecen a este centro de salud.
2. Se hará una charla destinada a gestantes y cuidadores de niños de 0-12 meses en la que se hablará sobre la lactancia materna, lactancia artificial, lactancia mixta y la introducción de los alimentos. Se realizará la charla cada 6 meses.
3. En los diferentes pueblos que abarca este centro de salud se harán charlas sobre alimentación saludable, etiquetado y la información engañosa que muchas veces nos aporta la publicidad. Se realizará una en cada pueblo y según las demandas de la población se valorará incrementar el número.
4. Dos días a la semana se hará una consulta monográfica para perder peso y mejorar hábitos higienico-dietéticos. Esta irá destinada a la población adulta que cumpla criterios de sobrepeso u obesidad y este motivada a realizar el cambio en la alimentación.

INDICADORES

La evaluación a los niños se realizará mediante una rúbrica al final del curso escolar y la de los adultos se hará valorando los resultados de IMC y analíticos en los pacientes que acudan a la consulta monográfica. En cuanto a los que acudan a las charlas se les administrará un cuestionario para que valoren la información recibida.

DURACIÓN

El proyecto se iniciará el 1 de mayo del 2018 con la apertura de la consulta monográfica y durará hasta el 31 de mayo del 2019 cuando se finalicen las actividades en los colegios. La consulta se iniciará el mes de mayo al igual que las charlas con los adultos y todo el trabajo llevado a cabo con los niños se hará durante el período escolar 2018-2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0326

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

Fecha de entrada: 20/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIN ELTORO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Búsqueda activa de pacientes predispuestos a mejorar su salud y con capacidad cognitivo-conductual para integrar aprendizaje de sesiones.
Total 20 personas con sus parejas.
-4 sesiones de 1:30h los martes a las 10h durante el mes de Mayo con apoyo power point sencillo donde se ve lo especificado en proyecto tal cual estaba previsto.
-Prácticas de ejercicios de fisioterapia respiratoria diafragmática y de uso de inhaladores.
- TEST previo de valoración de conocimientos y percepción estado de su salud y test final para comprobar aprendizaje.
-Encuesta básica de valoración taller de sesiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 20 pacientes, 3 abandonan en segunda sesion.
De los 17 los que siguen el taller completo están satisfechos y mejoran en uso de inhaladores, la respiración y relajación la llevan a cabo satisfactoriamente, conocen signos y sintomas de alarma para urgencia, aprenden sobre cómo llevar una alimentación adecuada y estilo de vida favorecedor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El EAP concluye que una educacion grupal favorece la motivación del paciente a aceptar su enfermedad y a valorar la importancia de llevar a cabo hábitos que favorecen mantener la salud.
Hacemos hincapié en seguimiento individual continuo y educar con refuerzo positivo.
Los pacientes hombres que tienen pareja y delegan en ella han tomado conciencia de su estado de salud y refieren querer hacerse cargo en lo referente a su cuidado como el tratamiento inhalatorio, paseos saludables, vigilancia de sus síntomas, en definitiva responsabilizarse de lo que le ocurre cuando enferma y actuar para curarse con actitud de mejora y ánimo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/326 ===== ***

Nº de registro: 0326

Título
EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

Autores:
PORQUET GRACIA HELGA, PALACIN ELTORO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los consejos sobre Conocimientos sobre la enfermedad repiratoria inflamatoria, prevencion y control de sintomas, aspectos importantes del tratamiento, y seguimiento en general una vez diagnosticado, es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0326

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

responsabilidad de enfermería.

Dado el gran número de pacientes que a causa de su situación social característica (edad, viudedad, crónico complejo, depresión) tienen dificultades para llevar a cabo los cuidados o se encuentran incapaces por falta de voluntad de llevar su enfermedad con buena actitud ante la agudización, es motivo de reconducir o retransmitir de otra manera esta información sobre hábitos básicos esenciales dedicando más tiempo y atención desde nuestra parte en esta nueva intervención pero de forma grupal.

El paciente aprenderá a gestionar mejor su enfermedad crónica para mejorar su rutina diaria y convivir aceptando la circunstancia de la forma más positiva posible.

RESULTADOS ESPERADOS

-Conocimiento de enfermedad crónica, información general al pte. y a la pareja que le acompaña y forma parte de la educación.

-Signos y síntomas de la agudización y cómo actuar ante ella.

- Instruir en cada sesión sobre prevención con hábitos saludables: alimentación, ahorro de energía en actividades rutinarias, sexualidad, puesta en marcha del ejercicio físico, uso de inhaladores, rehabilitación respiratoria, deshabitación tabáquica, técnicas de relajación con respiración abdominal/ diafragmática, escucha activa.

Que el pte y acompañante que conviven en el domicilio familiar estén informados y sin dudas respecto de la actuación ante la enfermedad. La información es poder.

Dar atención suficiente en entorno de aprendizaje relajado para que tomen conciencia y se responsabilicen de su vida ante las complicaciones.

Que los pacientes empaticen entre ellos con el consuelo de la enfermedad que afecta a muchos por desgracia.

MÉTODO

Reunión de 1 hora donde se analiza circunstancia actual sobre enfermedad crónica EPOC.

Evaluación de situación y de las necesidades. Puesta en marcha del proyecto. Criterios de selección.

Charla informativa con Power point resumiendo objetivos, ventajas y plan de actuación y cómo va a tratarse la información en cada sesión.

Cada cupo de cada zona rural es revisado por su MAP Y EAP correspondiente, participamos todos, Alcolea de Cinca, Ontiñena, Albalate de Cinca, Belber de Cinca y Osso de Cinca y seleccionamos enfermos crónicos y pareja según criterio diagnóstico previo de EPOC O ASMA CRÓNICA, todos con espirometría realizada y seguimiento difícil por circunstancias varias que no acuden a consulta y sin embargo enferman repetidas veces. Edad comprendida entre 65 y 85 años sin deterioro cognitivo avanzado. Serán llamados por el personal y citados a educación grupal con consentimiento previo en consulta individual argumentando necesidad de recibir este curso.

Se realiza en espacio amplio y para un máximo de 30 personas.

Se realizarán 4 sesiones, una a la semana de 1:30 min de duración en un espacio público del ayuntamiento con proyector para visualización power point.

INDICADORES

Entrevista personal en consulta individualizada para evaluación de conocimientos y selección. Fuente y registro en OMI.

Encuesta inicial con datos personales.

Test de evaluación final y resolución de dudas.

Prácticas en 2º sesión sobre inhaladores con los suyos, deben traerlos.

Prácticas sobre respiración abdominal y técnicas de relajación, habrá dos camillas. Evaluación in situ de técnicas.

Lo impartimos dos enfermeras, yo como responsable con la formación FOCUSS sobre educación a fruos con EPOC.

Triptico en color sobre actuación antes signos y síntomas.

Información resumida en cada sesión.

Folio con datos de hábitos saludables más importantes en alimentación, ahorro de energía y ejercicios.

Test sobre conocimientos al inicio y otro de evaluación final.

Taller de inhaladores con material práctico con los actuales.

Taller respiración diafragmática.

Técnica de relación muscular de Jacobson.

Valoración final de conocimientos y diploma de asistencia final a todos con observaciones si precisa sobre impresiones de las educadoras para actitud ante el cambio de hábitos.

Incidencia y prevalencia de la enfermedad.

DURACIÓN

Una primera ronda se hará los martes de Mayo de 9:30 a 11h.

La segunda ronda en Octubre, pendiente de confirmar.

Al estar en la zona rural 2 de los 5 EAP son los educadores y deben ser sustituidos por el personal ante urgencias en esas horas.

La agenda se ocupará con la consulta con educación grupal y completará con los nombres de los miembros asistentes.

OBSERVACIONES

Se espera asistencia y compromiso de los pacientes, una vez han asistido se busca llevarlo a cabo de forma

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0326

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

amena por eso el pwer point es sencillo corto.

Tecnicas de entretenimiento y distracción, proyección, ejercicios practicos, y preguntas, dejarles expresarse.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0555

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ANA ISABEL GRAU BARRULL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIN ELTORO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PASEOS UNA VEZ POR SEMANA DE 45´DE DURACION ACOMPAÑADOS POR MEDIO Y /O ENFERMERA EN LA LOCALIDAD DE OSSO DE CINCA. SE DISMINUYÓ LA PERIODICIDAD DEBIDO A LAS COMPLICACIONES SURGIDAS DURANTE EL PERIODO ESTIVAL (VACACIONES, DOBLAJES....)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CONSEGUIMOS IMPACTO EN CUANTO A CONVOCATORIA DE POBLACION, SE MOTIVÓ A UN BUEN NUMERO DE PERSONAS, ALGUNAS DE LAS CUALES NO TENIAN EL HÁBITO PREVIO DE CAMINAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA VALORACION GLOBAL ES MUY POSITIVA, SE CONSIGUE MOTIVAR A CAMINAR Y A REALZIARLO EN GRUPO CON MEJORA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES, CONTACTO CON LA NATURALEZA E INDIRECTAMENTE MEJORANDO EL RIESGO CARDIOVASCULAR. QUEDA PENDIENTE CONSEGUIR QUE SE MANTENGA EL HÁBITO SIN EL ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO, PERO EL PROYECTO SERIA FACILMENTE REPETIBLE ANUALMENTE

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/555 ===== ***

Nº de registro: 0555

Título
PASEOS SALUDABLES

Autores:
GRAU BARRULL ANA ISABEL, PALACIN ELTORO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: contacto medioambiente, mejora salud fisica y mental

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta la tendencia al sedentarismo en la población, la desmotivación a caminar de forma individual, lo cual repercute negativamente en el control de factores de riesgo cardiovascular así como en el marcado deficit de vitamina D que se detecta en este grupo de población. Consideramos que puede ser beneficioso a nivel de control de peso, tension arterial, niveles de vitamina D y sobre todo en el aspecto comunitario motivando a la población en la realizacion de ejercicio fisico al aire libre.

RESULTADOS ESPERADOS
Se dirige a toda la poblacion, especialmente intentaremos captar a aquellos con otros factores de riesgo cardiovascular.

MÉTODO
Se plantearan dos salidas semanales (miercoles y viernes) de 45 minutos al inicio de la jornada laboral. Informaremos previamente en consulta y se publicitará a través del Ayuntamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0555

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES

INDICADORES

Se planteara una encuesta de satisfaccion al finalizar la actividad

DURACIÓN

Jornadas de 45 minutos, miercoles y viernes durante 6 meses a realizar por los alrededores de Osso. Previsto se inicie en Junio 2018

Carteles informativos en el Ayuntamiento, centro social y Consultorio de Osso de Cinca.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0326

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la reunion de equipo para explicar en qué consiste el taller, cada responsable del cupo busca los 4 pacientes que serías mas aptos para recibir la educacion grupal.
Llamo personalmente a cada uno de ellos y explico detalladamente en que consiste el taller y cada sesion.
Se realiza una encuesta que deberan responder y que está destinada a evaluar los conocimientos en general sobre el EPOC, EL ÚLTIMO DÍA SE REPASA.
Todos deben tener espirometría reciente hecha.
Se ven y repasan los power point que hay de la formación de FOCUSS para cada día y se imprimen las hojas con informacion escrita para cada sesion, la primera de signos y sintomas de alarma, la segunda de técnicas de ahorro de energía, una tercera de alimentación y ejercicio recomendado básico compatible con pacientes de 66 a 85 años con buen estado fisico aunque con obesidad alguno de ellos; y una cuarta hoja de información con técnicas de ahorro de energía con consejos generales y de buen uso de inhaladores.
Diploma acreditativo de curso-taller superado.
Investigación en técnica de relajación- respiración diafragmática y formación en ejercicios prácticos de respiración y exhalación con labios fruncidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se cumple con las expectativas de asistencia al 50%, de 20 ptes (4 ptes por cada cupo) admiten querer participar, estan muy interesados, 10 pacientes aunque finalmente vienen 8, y 5 de ellos con acompañante.
Como son 8 pacientes, valoro numericamente del 0 al 8 en grupo, por ejemplo, si todos lo han conseguido es 8 la valoracion si sólo 3, puntúo 3.

Indicadores:

1. Aumento de conocimientos básicos sobre EPOC y conciencia de su enfermedad crónica: 8
2. Manejo por parte de los acompañantes/ pareja/ propio paciente de los signos y signos de alarma que son importantes para avisar a servicio de urgencias o actuar en domicilio actuando correctamente para aliviar sintomas: 8
1. Buen uso de inhaladores y cámara. Oxigeno domiciliario Y CEPAP: 8
2. Informacion actualizada sobre alimentos procesados y ultraprocesados y alimentos saludables.: 7
3. Dejar de fumar, fumaba 2 y dejande fumar los 2.
4. Conocimiento sobre técnicas de relajación para momentos de exacerbacion: 7
5. Realizacion correcta sobre respiracion diafragmática y jacobson: 3
6. Ejercicio aeróbico diario de 30 min mínimo para mantener fondo físico y aumento de tono muscular con ejercicios de fuerza específicos: 3
7. Conciencia de revision semestral en consulta de enfermería si hay dudas sobre tratamiento de la enfermedad.
8. Administración de vacuna Neumococo 23 por protocolo vacunacion adultos actualizado en junio de 2019 además de la antigripal: 8
9. Expulsion de secreciones y técnica de clapping correcta.
10. No tener infecciones respiratorias: 3

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización del taller ha sido fácil a pesar de que hay que coordinar la disponibilidad del personal y de los pacientes, de 9:30 a 11h es buena hora y solo 4 dias al mes, dos meses al año, es posible llevarlo a cabo.
Este taller se realizó en 2018 y los pacientes eran mas mayores, encuentro mayor dificultad para informar de la importancia de mantener los hábitos saludables pertinentes y que evitan la exacerbación y las complicaciones como infecciones respiratorias graves/ neumonía.

Con pacientes de entorno a 70 años es más fácil transmitir e integrar formación y consejos que con mayores de 80 años.

Nuestra formación como profesionales y actualización en investigaciones y estudios de metaanálisis actuales es muy positivo para mantener motivación y hacer adecuada la transmisión de consejos y educación para la consulta particular. La educación en grupo es muy positiva para su concienciación y empatía para con la pareja/paciente y la interacción del mantenimiento de rutina aconsejada para mantener la enfermedad sin complicaciones.

7. OBSERVACIONES.

Se incluyó en el acuerdo de gestion de 2019 del Centro de Salud de Albalate de Cinca porque en mi anterior contrato yo estaba allí.

El primer año de realizacion, 2018 estaba incluida Beatriz Palacin Eltoro, en el 2019 no la incluyo porque no pudo participar ya que se encontraba de baja por maternidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0326

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/326 ===== ***

Nº de registro: 0326

Título
EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

Autores:
PORQUET GRACIA HELGA, PALACIN ELTORO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los consejos sobre Conocimientos sobre la enfermedad respiratoria inflamatoria, prevención y control de síntomas, aspectos importantes del tratamiento, y seguimiento en general una vez diagnosticado, es responsabilidad de enfermería.

Dado el gran número de pacientes que a causa de su situación social característica (edad, viudedad, crónico complejo, depresión) tienen dificultades para llevar a cabo los cuidados o se encuentran incapaces por falta de voluntad de llevar su enfermedad con buena actitud ante la agudización, es motivo de reconducir o retransmitir de otra manera esta información sobre hábitos básicos esenciales dedicando mas tiempo y atención desde nuestra parte en esta nueva intervención pero de forma grupal.
El paciente aprenderá a gestionar mejor su enfermedad crónica para mejorar su rutina diaria y convivir aceptando la circunstancia de la forma mas positiva posible.

RESULTADOS ESPERADOS

-Conocimiento de enfermedad crónica, información general al pte. y a la pareja que le acompaña y forma parte de la educación.

-Signos y síntomas de la agudización y cómo actuar ante ella.

- Instruir en cada sesión sobre prevención con hábitos saludables: alimentación, ahorro de energía en actividades rutinarias, sexualidad, puesta en marcha del ejercicio físico, uso de inhaladores, rehabilitación respiratoria, deshabitación tabáquica, técnicas de relajación con respiración abdominal/ diafragmática, escucha activa.

Que el pte y acompañante que conviven en el domicilio familiar estén informados y sin dudas respecto de la actuación ante la enfermedad. La información es poder.

Dar atención suficiente en entorno de aprendizaje relajado para que tomen conciencia y se responsabilicen de su vida ante las complicaciones.

Que los pacientes empaticen entre ellos con el consuelo de la enfermedad que afecta a muchos por desgracia.

MÉTODO

Reunión de 1 hora donde se analiza circunstancia actual sobre enfermedad crónica EPOC.

Evaluación de situación y de las necesidades. Puesta en marcha del proyecto. Criterios de selección.

Charla informativa con Power point resumiendo objetivos, ventajas y plan de actuación y cómo va a tratarse la información en cada sesión.

Cada cupo de cada zona rural es revisado por su MAP Y EAP correspondiente, participamos todos, Alcolea de Cinca, Ontiñena, Albalate de Cinca, Belber de Cinca y Osso de Cinca y seleccionan enfermos crónicos y pareja según criterio diagnóstico previo de EPOC O ASMA CRONICA, todos con espirometría realizada y seguimiento difícil por circunstancias varias que no acuden a consulta y sin embargo enferman repetidas veces. Edad comprendida entre 65 y 85 años sin deterioro cognitivo avanzado. Serán llamados por el personal y citados a educación grupal con consentimiento previo en consulta individual argumentando necesidad de recibir este curso.

Se realiza en espacio amplio y para un máximo de 30 personas.

Se realizarán 4 sesiones, una a la semana de 1:30 min de duración en un espacio público del ayuntamiento con proyector para visualización power point.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0326

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

INDICADORES

Entrevista personal en consulta individualizada para evaluación de conocimientos y seleccion. Fuente y registro en OMI.
Encuesta inicial con datos personales.
Test de evaluacion final y resolución de dudas.
Prácticas en 2º sesion sobre inhaladores con los suyos, deben traerlos.
Prácticas sore respiración abdominal y técnicas de relajación, habrá dos camillas. Evaluación in situ de técnicas.
Lo impartimos dos enfermeras, yo como responsable con la formación FOCUSS sobre educacion a fruos con EPOC.
Triptico en color sobre actuacion antes signos y sintomas.
Información resumida en cada sesión.
Folio con datos de hábitos saludables más importantes en alimentación, ahorro de energñia y ejercicios.
Test sobre conocimientos al inicio y otro de evaluación final.
Taller de inhaladores con material practico con los actuales.
Taller respiración diafragmática.
Tecnica de relacion muscular de Jacobson.
Valoración final de conocimientos y diploma de asistencia final a todos con observaciones si precisa sobre impresiones de las educadoras para actitud ante el cambio de hábitos.
Incidencia y prevalencia de la enfermedad.

DURACIÓN

Una primera ronda se hará los martes de Mayo de 9:30 a 11h.
La segunda ronda en Octubre, pendiente de confirmar.
Al estar en la zona rural 2 de los 5 EAP son los educadores y deben ser sustituidos por el personal ante urgencias en esas horas.
La agenda se ocupará con la consulta con educacion grupal y completará con los nombres de los miembros asistentes.

OBSERVACIONES

Se espera asistencia y compromiso de los pacientes, una vez han asistido se busca llevarlo a cabo de forma amena por eso el pwer point es sencillo corto.
Tecnicas de entretenimiento y distracción, proyección, ejercicios practicos, y preguntas, dejarles expresarse.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0954

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA LUEZA LAMPURLANES
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOHORQUE BATLE SOLANGELINA
COSCULLUELA MORA MARIA
MIRANDA OLIVAR TRINIDAD
LIZANDRA RALUY RAFAEL
TORRES CLEMENTE ELISA
BLASCO OLIETE MELITON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza una sesion de presentacion del proyecto en el primer semestre de 2018. se explica como y que datos recoger en la atencion a estos pacientes.
Se prepara y se organiza un maletin para la atencion del paciente paliativo, con la medicacion que se usa en la via subcutanea, para tratamiento de sintomas, asi como las vias y los infusores necesarios.
se plastifica la guia para el uso de la via subcutanea, y se incluye en el maletin.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

32 paciente se identifican como paliativos por el equipo de soporte de atencion primaria (ESAD)en el cs de Barbastro en este periodo.

1°INDICADOR: paliativos esad/ total paliativos= 0%

Solo 17 de estos pacientes se identifican como paliativos en el programa de OMI-AP, osea 15 han sido atendidos,solo por el ESAD:15/32=47%

(se han mirado los registros de omi, tanto e en la creacion del episodio, como en texto libre)

2° INDICADOR: cumplimentacion de Items en el episodio de terminal / total de terminales=100%

solo en 6 de ellos se cumplimenta registro de items dentro del episodio.

el resultado es del 35%.

3°INDICADOR: identificar agonía y plan de actuacion/terminales que han fallecido en elultimo año=100%

de los 17 pacientes identificados como terminales, ninguno tiene señalada la fase de agonía i el plan de

actuacion, siendo el resultado e un 0%

4°INDICADOR:saber el lugar de fallecimiento de estos pacientes, no hay estandar

del total 10 de ellos fallecieron en el Hospital,, 3 por complicaciones hemorragicas, 3 por fracaso multiorganico.

2 por disnea, 1 por agitacion .y uno en el hospital pero no se encuentra la causa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

la primera dificultad encontrada es la inclusion de los pacientes en el programa de OMI-P cuando son derivados desde el hospital al ESD, queda pendiente la elaboracion de un flujograma entre ambos niveles a traves del servicio de admision .

Por otra parte la inclusion como paciente terminal, sea por enfermedad oncologica o no oncologica no se lleva a cabo, aunque si se atiende al paciente y asi lo indican los registros por parte del equipo de atencion primaria, debido entre otras cosas a los multiles planes personales en los que se entremezcla la informacion a recoger, tanto en el diagnostico como en el seguimiento. Anciano, Dependiente, Inmovilizado, Cronico complejo ...

paliativo..... cada uno de ellos con sus despleables de valoracion y seguimiento, dificultando en muchos momentos el registro y la busqueda de informacion clara sobre estos pacientes cuando pasan de unos a otros programas. En este sentido se plantea este año pooder implantar a traves de la comision de cuidados paliativos del Sector de Barbastro, una hoja de identificacion y recogida de datos, comun y accesible para todos los niveles asistenciales. Queda pendiente, la formacion para todos los profesionales de la fase agonica, identificacion y plan de actuacion si se produce. y la presentacion del maletin para tratamiento de sintomas mediante la via subcutanea y preparacion de infusores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/954 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0954

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Nº de registro: 0954

Título
MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Autores:
LUEZA LAMPURLANES CRISTINA, BOHORQUE BATLLE SOLANGELINA, COSCULLUELA MORA MARIA, MIRANDA OLIVAR TRINIDAD, BIBIAN SANMARTIN ANA, LIZANDRA RALUY RAFAEL, TORRES CLEMENTE ELISA, BLASCO OLIETE MELITON

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

la atención domiciliar se ha hecho mas compleja, con mas tipología de pacientes, con enfermedades terminales no oncológicas, y oncológicas que precisan de cuidados paliativos.
El ESAD surge como equipo facilitador de los cuidados paliativos en domicilio y pasan a manejar al paciente en su totalidad, en la mayoría de los casos, sobretodo si son derivados del medio hospitalario y casi al 100% en situaciones de agonía previas a la muerte.
Los profesionales de atención primaria, en algunas ocasiones no tenemos identificados a los pacientes necesitados de cuidados paliativos cuando se dan de alta de otros niveles asistenciales. llegando la información solo al ESAD. Algunos no se llegan a incluir en el programa de terminales, y no se recoge la información necesaria para el manejo cuando aparecen complicaciones, o síntomas de agonía en los ultimos días, por parte de cualquier sanitario del equipo.

RESULTADOS ESPERADOS

Utilizar herramientas de coordinación con el ESAD y con el equipo de atención primaria para transmitir y compartir información del paciente terminal, para unificar criterios y tratar al paciente de forma integral, cuando el paciente lo requiera por cualquier profesional.
Como objetivos secundarios:
establecer un circuito de captación e inclusion de pacientes terminales.
establecer criterios para registrar la información necesaria en OMI-AP, para la mejor atención de estos pacientes.
fomacion y manejo de sintomas comunes y complicaciones en estos pacientes en el final de sus días.

MÉTODO

-Elaborar un flujograma del proceso de captación e inclusión:
Los pacientes con necesidad de cuidados paliativos que son derivados del medio hospitalario al ESAD, serán citados por el servicio de admisión en la agenda, del médico y enfermera para inclusión en el programa. EL ESAD avisa al servicio de admision para citarlos en la geneda del medico y la enfermera de AP,(citarlos e incluirlos como maximo en 48h)
Se crea el episodio enfermedad en fase terminal.
(los pacientes que se derivan al esad desde atención primaria también tendran creado el episodio.)
se acordaran unos items minimos de informacion a recoger en el episodio de terminal dentro de la HC, para que esten a disposicion de todos los sanitarios.
Si el paciente dispone de ultimas voluntades, registradas o ha manifestado alguna voluntad con algún sanitario o con la familia, reflejando cuales serian.
Si el paciente es conocedor de su situación y desenlace, asi como la familia, o cuidadores(residencia).
Plantear plan de cuidados terminales que hacer/no hacer. Y registrar estos ultimos.
Identificar la fase de agonía si aparece, y plan de actuacion.

Fonación y actualización en recogida de datos en la HC sobre paceutes terminales: 1h (AP)2º SEMESTRE 2018
Formación en criterios de terminalidad y agonía: 1h ESAD
2º SEMESTRE 2018
Formación en estrategias terapéuticas básicas.
Creación de un maletín para cuidados paliativos 1H (AP-ESAD)
2º SEMESTR2018

INDICADORES

PACIENTES EN PALIATIVOS SOLO ATENDIDOS POR EL ESAD.
1-Paliativos solo por el esad/ total de paliativos=0%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0954

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Listados del esad, lisados de omi

(Sino aparece AP puede deberse a algún fallo en funciones, no se identifica al paciente ni se informa a su médico...)

CUMPLIMENTACION DE ITEMS:

2-registro ultimas voluntades oficial o manifestada por el paciente paliativo/ total de pailativos= 100%

3-registro de informacion al paciente de su situacion/
total paliativos=100%

4-registro informacion a familiares de la situacion/
total paliativos=100%

Listados de omi yESAD

identificar agonía / plan e actuación:

Si se está en esta fase se tiene que haber previsto y reflejado en omi mediante el flas ...el plan de actuación y el tratamiento de los síntomas más frecuentes estertores, agitación dolor...

5-Pacientes paliativos que tiene identificada la agonía y el plan de actuación/ paliativos que han fallecido en el último año =100%

Listados de omi

6-conocer el lugar de fallecimiento de los pacientes paliativos.

Paliativos que ha fallecido según el lugar, domicilio o casa/ paliativos que han fallecido en el último año NO HAY ESTANDAR

Si muchos fallecen fuera del domicilio... revisar el circuito asistencial...

DURACIÓN

iniciamos proyecto el 1 junio de 2018. finalizaremos el 30 de mayo de 2019.

primera quincena de junio:

consensuar el flujograma pra estos pacientes entre Esad, Admision, y EAP.

segunda quincena de junio: medico ap: formacion de 1h al resto del equipo para, informacion y actualizacion de

inclusion y registro del paciente terminal

segunda quincena de junio; Esad formacion de 1h para el equipo en sintomas y tratamiento agonía.

si tenemos el maletin lo pondremos en uso.

primera evaluacion en diciembre de 2018. aplicar medidas correctoras segun resultados, segunda evaluacion 30 de

mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0974

1. TÍTULO

INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

Fecha de entrada: 12/03/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ACIN GARCIA SANTIAGO
PUERTOLAS MAYAYO ROSA
LAUSIN MARIN SAGRARIO
BUERA BROTO DOLORES
PUEYO GRACIA MARIA CONCEPCION
BADIA PLAYAN CARRODILLA
GRACIA MONTOLIU ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha informado al EAP de la organización de la consulta monográfica MAPA.
Se ha promovido la realización de MAPA o AMPA, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento, sesión clínica explicativa del proyecto en el EAP. Febrero 2018 E. Torres.
Elaboración de Protocolo para la priorización de pacientes para exploración MAPA; se realizó por los de colaboradores del proyecto en marzo 2018.
Sesión de formación para profesionales de medicina para lectura MAPA, interpretación y análisis de los datos por E. Torres marzo 2018.
Sesión de formación importancia de la MAPA e interpretación impartida por medicina interna. Dr. Pablo Sanchez. Febrero 2019.
Hemos realizado formación para implementación de la MAPA en el C.S. Monzón y C.S.Tamarite por parte de medicina y enfermería.
La interpretación de resultados de la MAPA es realizada por 4 médicos de familia formados y la colocación del monitor y descarga de resultados realizada por 3 enfermeras. Las citas se realizan en el servicio de admisión por un administrativo de referencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES:
MAPAS normales 11/ 128= 8.5%
MAPAS patológicos 106/ 128= 82.81%
MAPAS no válidos 11/128= 8.5%

% de profesionales del EAP que derivan a pacientes para exploración MAPA.
Objetivo 70%. Resultado: 15/16= 93.75%

Variabilidad en el número de solicitudes de la prueba: entre 1 y 46 solicitudes/médico

% de pacientes hipertensos con exploración MAPA / total hipertensos.
Objetivo 5%.
128/3.000= 4.26%

% de pacientes con alteración ritmo circadiano
91/ 128= 71%
No Dipper 63
Risser 10
Dipper extremo 18
TOTAL 91

% de pacientes que requieran cambio de tratamiento tras la exploración MAPA.
106 (MAPAS patológicos) /128= 82%

% de pacientes en automonitorización domiciliaria.
Objetivo 5%. Este indicador no se ha podido medir

% de pacientes hipertensos con valoración de RCV.
Objetivo 70%. Este indicador no se ha podido medir

% de pacientes hipertensos con intervención en estilo de vida.
Objetivo 60%. Este indicador no se ha podido medir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha mejorado el diagnóstico y seguimiento de los pacientes hipertensos mediante la utilización de la MAPA, durante el próximo año protocolizaremos la utilización en el diagnóstico y seguimiento del paciente hipertenso con la AMPA.

Buena implementación de la consulta monográfica MAPA habiendo realizado durante el 2018 128 MAPAS de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0974

1. TÍTULO

INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

cuales el 91.4% han sido válidas.
Ha habido un buen cumplimiento del flujograma y protocolo establecido por parte de los profesionales.

Tareas pendientes 2019.

Sesiones de formación de enfermería para la medida correcta de la PA con MAPA/ AMPA. Finales de marzo 2019 responsables: D. Buera, C. Pueyo y C. Badía
Protocolo de utilización de la AMPA en diagnóstico y seguimiento de hipertensión arterial, abril 2019. Responsables: D. Buera, C. Pueyo y C. Badía
Sesión de formación guías clínicas HTA. Responsable S. Acín .
Sesión de formación casos clínicos MAPA. Mayo- Junio 2019 responsables E. Torres, R. Puertolas, S. Lausín
Sesión de formación terapia antihipertensiva. Abril 2019 responsables: S. Acín, Pablo Sánchez
Llamada telefónica a los pacientes hipertensos que no acudan a la cita de seguimiento de enfermería. Julio 2019 responsables: D. Buera, C. Pueyo y C. Badía.
Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora anualmente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/974 ===== ***

Nº de registro: 0974

Título
INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte, y la hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, con una prevalencia estimada en torno al 20% en mayores de 18 años, cifra que puede doblarse en mayores de 65 años. La hipertensión (HTA) es una de las causas prevenibles más importantes de morbilidad y su manejo es una de las intervenciones más frecuente en atención primaria (AP). En 2017 se implementó en el Centro de Salud de Barbastro la exploración MAPA. Los resultados de una muestra de 50 pacientes evidenciaron que el 83% de ellos no estaban bien controlados, requiriendo modificaciones en el tratamiento; el 63% tenían un ritmo circadiano alterado. Sería útil conocer el perfil circadiano de la presión arterial de los pacientes hipertensos, y de todos los individuos de alto riesgo cardiovascular. La MAPA ha demostrado que tiene un elevado valor pronóstico. Con este proyecto nos proponemos revisar el diagnóstico, seguimiento, tratamiento farmacológico, educación sanitaria y adherencia al tratamiento del paciente hipertenso.

RESULTADOS ESPERADOS
? Mejorar el diagnóstico mediante confirmación de MAPA o AMPA.
? Valorar el riesgo cardiovascular y daño de órganos diana.
? Sesiones de formación del tratamiento farmacológico de la HTA basado en la evidencia.
? Intervenciones para modificar estilo de vida.
? Seguimiento del paciente usando la automonitorización domiciliar de la PA (AMPA) dentro de un programa con intervención de los profesionales sanitarios.
? Mejorar la adherencia al tratamiento. Actuación sobre absentismo de citas consulta de enfermería.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0974

1. TÍTULO

INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

MÉTODO

Realización de protocolo para la priorización de pacientes para exploración MAPA (HTA de "bata blanca", HTA refractaria, sospecha HTA oculta, pacientes con RCV alto) y establecer objetivos de cifras de PA dependiendo de edad y factores de riesgo. Fomentar la realización de MAPA o AMPA, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento.

Sesiones de formación de enfermería para la medida correcta de la PA con MAPA/ AMPA y para realizar la educación de los pacientes. (Dos sesiones / año)

Valoración del riesgo cardiovascular. Realización de ECG y analítica que incluya glucosa, iones, creatinina, filtración glomerular, colesterol total y HDL y proteinuria.

Formación de profesionales de medicina para lectura MAPA, interpretación y análisis de los datos.

Intervenciones en estilo de vida por enfermería. Registro en historia clínica de: dieta, ejercicio, alcohol, consumo de sal y tabaco.

Sesiones de formación de terapia antihipertensiva. (Dos sesiones / año)

Llamada telefónica a los pacientes hipertensos que no acudan a la cita de seguimiento de enfermería.

Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

INDICADORES

% de profesionales del EAP que derivan a pacientes para exploración MAPA. Objetivo 70%.

% de pacientes hipertensos con exploración MAPA / total hipertensos. Objetivo 5%.

% de pacientes con alteración ritmo circadiano

% de pacientes que requieran cambio de tratamiento tras la exploración MAPA.

% de pacientes en automonitorización domiciliaria. Objetivo 5%

% de pacientes con valoración de RCV. Objetivo 70%

% de pacientes con intervención en estilo de vida. Objetivo 60%

Los datos se extraerán de la historia clínica y Excel de registro.

DURACIÓN

Difusión en el EAP. JUNIO 2018. Responsable E.Torres

Protocolo indicaciones MAPA /AMPA . JUNIO 2018

- Sesiones de formación enfermería JULIO- SEPTIEMBRE. Responsables D. Buera, C. Pueyo y C. Badía
- Sesiones de formación terapia antihipertensiva JULIO- OCTUBRE. Responsables S Acín y I. Ortega.
- Sesión casos clínicos MAPA. SEPTIEMBRE. Responsables R Puértolas y A. Piñol.

Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora anualmente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0652

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUS FAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE DIANA SAGARRA NOVELLON
· Profesión PEDIATRA
· Centro CS BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABIZANDA GUILLEN ANA
CONDE BARREIRO SANTIAGO
BLECUA PORTA CARMEN
ABAD VICENTE MARIA PILAR
CAZCARRA JUSTE ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de encuesta de hábitos (se realizará antes y después de realizar las sesiones)
Elaboración e impresión de pósters y folletos informativos para divulgación de la actividad (distribución por colegios, institutos, centro de salud..)
Elaboración de las sesiones clínicas en formato powert point que se presentarán a los pacientes y consulta de bibliografía pertinente para su elaboración
Selección de pacientes: elaboración de lista de posibles candidatos (se ha extraído del programa informatico OMI de atención primaria aquellos niños con diagnostico de sobrepeso u obesidad con edades comprendidas entre los 6 y 14 años)
Captación de los pacientes en proceso (se ha empezado a contactar por teléfono ofertando el asistir a las charlas a los pacientes que cumplen los criterios anteriormente descritos), además de todos aquellos que voluntariamente participan tras ser conocedores de la actividad a traves de los posters y folletos informativos y que cumplan los criterios comentados
Recursos: impresión de folletos y pósters, espacio habilitado (previamente disponible en el centro de salud), tallmetro y báscula (previamente disponibles)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendiente llevar a cabo el desarrollo de las sesiones y posterior análisis de datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dificultades: No se ha seguido el cronograma según estaba previsto inicialmente (pendiente llevar acabo las sesiones) dado que se han encontrado dificultades para conciliar un horario en que esté disponible el espacio habilitado en el centro de salud (ocupado de forma intermitente por otro servicio) y en que los niños y sus familias puedan acudir (horario de mañanas es horario escolar y por la tarde las familias comentan dificultades para compaginar con extraescolares).

7. OBSERVACIONES.

Pendiente resolver el problema comentado en el apartado anterior; cuando el grupo de pacientes esté definido se acordará el horario que mejor resulte a la mayoría de asistentes

*** ===== Resumen del proyecto 2018/652 ===== ***

Nº de registro: 0652

Título
INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUS FAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Autores:
SAGARRA NOVELLON DIANA, CONDE BARREIRO SANTIAGO, ABIZANDA GUILLEN ANA MARIA, BLECUA PORTA CARMEN, ABAD VICENTE MARIA PILAR, CAZCARRA JUSTE ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS

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

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0652

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUSFAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La obesidad infantil ha aumentado de forma exponencial en las últimas décadas y con ello sus comorbilidades, con el correspondiente impacto en materia sobre la salud. En muchos casos el inicio se produce en la infancia y la adolescencia pero el problema persiste en la edad adulta, por lo que es importante hacer un diagnóstico y tratamiento precoz. Esta patología suele presentar escasa respuesta a las medidas de tratamiento habituales con una baja motivación y adherencia. Se propone intervenir a nivel de los niños con sobrepeso y obesidad y sus familiares a través de charlas (sesiones teórico prácticas educativas) que se impartirán en el centro de salud y a través de las cuales se pretende conseguir una mejoría en los parámetros antropométricos (peso e IMC) de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el percentil de IMC para la edad y sexo de los pacientes y motivar cambios en el estilo de vida dieta y realización de ejercicio físico.

MÉTODO

Se realizara medida de parámetros antropométricos antes y después de finalizar la intervención.
Elaboración de encuesta de hábitos antes y tras las charlas.
Sesión clínica de formación con el servicio de pediatría de A.P entre medicina y enfermería
Elaboración de carteles y folletos informativos de la intervención.
Captación: se extraerá lista de programa informático OMI de aquellos pacientes entre 6 y 14 años con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, ofertando participar en el programa así como aquellos pacientes con reciente diagnóstico de sobrepeso/obesidad, aquellos que son controlados de forma periódica en las consultas de pediatría por este motivo y los que mediante la promoción del proyecto con folletos y carteles informativos decidan participar voluntariamente.
Las charlas se desarrollaran en un espacio habilitado del centro de salud con medios audiovisuales (presentaciones power point), Las mediciones de peso y cálculo IMC se llevaran a cabo con el material del que se dispone en las consultas de pediatría del centro de salud
Se desarrollaran 6 sesiones teórico prácticas en el centro de salud en horario a determinar (en función de la conveniencia de los asistentes), de una hora de duración, a la que acudirán los niños acompañados de sus padres con el objeto de conseguir que los cambios en el estilo de vida y la alimentación se produzcan desde dentro del ámbito familiar. Las sesiones se desarrollaran a lo largo de 12 semanas (semanalmente alternas) a partir del mes de septiembre de 2018.

INDICADORES

Evaluar si se producen cambios en el estado de salud y parámetros antropométricos (registro de peso, talla e IMC) de los pacientes. Registro de participación

DURACIÓN

La captación de pacientes, formación de equipo, firma de consentimiento se realizará de septiembre a diciembre de 2018. Las sesiones iniciaran en le mes de Enero de 2019 y se realizara una a la semana de manera alterna; terminando de impartir las sesiones en Marzo de 2019 con análisis posterior de los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0967

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE FERMIN ROMERO NEVADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA
SANZ PUERTOLAS PATRICIA
BUIL VIDALLER JOSE ANGEL
ORTEGA GARRIDO DOLORES
PUYOL RAMI MARIA ESMERALDA
NAGER OBON VANESA
CORONAS TURMO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se inicio la realización en nuestro centro de Ecografías de hombro con la detección de patología tributaria de mejora con la derivación al servicio de Rehabilitación de cara no solo de realización de técnicas recuperadoras sino del adiestramiento en la realización de ejercicios diarios domiciliarios de cara a la no perdida de masa muscular de la cintura escapular correspondiente.
El director del proyecto fue trasladado al poco tiempo de aprobación del mismo con lo que la actividad se vio paralizada y aunque la realización de Ecografías de hombro se ha realizado y la derivación se han producido errores en la recogida de datos de forma informática siendo muy difícil la recuperación de los resultados de dicha actividad. Se ha previsto ya la subsanación de dichos errores y la sustitución de dicho coordinador de cara a la consecución de objetivos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha podido evaluar dado el fallo de recogida informático

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dada la importancia de dicha actividad en la recuperación de estos pacientes nuestra intención es continuar con dicha actividad procediendo a la sustitución del director del proyecto por Dr Fermin Romero Nevado y creación de una agenda exclusiva para citación de dichos pacientes aplicando diferentes índices de medición de mejora percibida por el paciente y mejora objetivada en forma, de incremento de los grados de movilidad y disminución de dolor de los mismos, así mismo el porcentaje de Ecografías de hombro que precisan derivación a este servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/967 ===== ***

Nº de registro: 0967

Título
PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
MARTI JARNE FERNANDO, ROMERO NEVADO FERMIN, GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA, SANZ PUERTOLAS PATRICIA, BUIL VIDALLER JOSE ANGEL, ORTEGA GARRIDO DOLORES, PUYOL RAMI MARIA ESMERALDA, TABUENCA PUEYO MIREYA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos ..: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0967

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

La Atención Primaria es el nivel básico de atención al usuario, para el desarrollo de las funciones de prevención y promoción de la salud se incluye la figura del fisioterapeuta como servicio de apoyo para el manejo de procesos de baja complejidad hacia el autocuidado y la capacidad resolutoria en este primer nivel asistencial.

El hombro doloroso es un problema clínico frecuente y una de las consultas más prevalentes en AP, siendo las lesiones músculo-tendinosas las patologías más frecuentes y la ecografía la herramienta más eficaz para su estudio y de reciente inclusión en nuestro EAP.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el objetivo de mejorar la accesibilidad a los servicios asistenciales y agilizar la atención se definieron los circuitos de derivación y se requiere la actuación coordinada de profesionales con pautas consensuadas, en el caso que nos ocupa, desde las Unidades de Fisioterapia de AP se propone la implantación de un programa de ejercicio físico terapéutico para personas con patología musculoesquelética de baja complejidad localizada en el hombro.

La población diana son pacientes con dolor de hombro con escasa pérdida de movilidad derivados tras estudio de Ecografía. El objetivo es que los pacientes participantes adquieran las habilidades necesarias para continuar realizando los ejercicios y pautas indicadas en su domicilio.

Para garantizar la continuidad asistencial los pacientes con procesos de mayor complejidad continuarán siendo atendidos en los servicios de rehabilitación, cuya accesibilidad en tiempo de espera se verá beneficiada, al tratar a pacientes menos complejos en el ámbito de Atención Primaria.

MÉTODO

Se plantean 4 sesiones de fisioterapia de 30 minutos durante dos semanas (dos sesiones a la semana) y una evaluación sobre la efectividad de la terapia al mes de finalizar las sesiones, valorando la adherencia y seguimiento en domicilio de las pautas indicadas, la satisfacción del paciente y la mejora de la funcionalidad.

INDICADORES

NUMERO DE ECOGRAFÍAS OSTEOMUSCULARES DE HOMBRO REALIZADAS.
NUMERO DE DERIVACIONES INTERCONSULTA A LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA TRAS EL DIAGNOSTICO CON ECOGRAFÍA.

DURACIÓN

INICIO ABRIL 2018
FINAL JUNIO 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0967

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE FERMIN ROMERO NEVADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA
PUYOL RAMI MARIA ESMERALDA
NAGER OBON VANESA
CORONAS TURMO SARA
ORTEGA GARRIDO DOLORES
SANZ PUERTOLAS PATRICIA
CASTILLO CORRALES MARIA DE LOS ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la aprobación realizamos una sesión clínica para explicar el proyecto. Contamos con un ecógrafo en el centro y un médico de familia con experiencia en el diagnóstico ecográfico de patología osteomuscular. Se explicaron los requisitos de derivación a dicho especialista de la patología de hombro pendiente de filiar y la necesidad de aportar radiografías previas para completar el estudio. Tras el diagnóstico de la patología tendinosa del hombro en pacientes no susceptibles de cirugía se derivaron a los pacientes a la consulta de RHB diseñada para dicha recuperación. Se practicó una visita por FISIOTERAPIA a cada uno de los pacientes derivados, pasándoles un test de valoración del grado de dolor que aquejaban y se les realizó pruebas exploratorias de movilidad de cara a detectar los déficits de movilidad de cada uno de los tendones del manguito de los rotadores afectado. Tras esto se decidían si el paciente presentaba o no dolor para no impedir la realización de ejercicios. Si el dolor era muy importante se decidió pauta de Rehabilitación antialgica y tras esta o si el dolor no era limitante se decidían los ejercicios de recuperación más adecuados para cada paciente en un inicio dejados a criterio del fisioterapeuta y posteriormente valorando la evolución de forma mas estandarizada. Dichos ejercicios se realizaban en sucesivas sesiones de adiestramiento y entrenamiento acompañado, con el objetivo de la potenciación muscular de los tendones no lesionados y el refuerzo de aquellos lesionados de cara a la mejora de la movilidad y disminución del dolor junto con la mejora de la movilidad de dicha articulación. Al finalizar las sesiones se volvía a pasar el mismo test de valoración para comparar la diferencia con el previo y de esta forma determinar si se consiguió mejora o no. Durante el proceso y fruto de las reuniones periódicas realizadas entre los miembros del proyecto en las que se evaluaba la evolución del mismo se decidió cambiar el contenido del test realizado completando con un mayor número de ítems que determinaban en mayor medida las diferencias conseguidas gracias a dicha terapia (valoración de las actividades de la vida diaria, balance articular de los diferentes movimientos del hombro) obteniéndose una puntuación pre-sesiones y otras post-sesiones, así como ya he comentado estandarizamos los ejercicios a adiestrar y realizar para evitar diferencias que influenciaran los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el primer periodo se trataron 34 pacientes de los cuales a través de la valoración de la escala de dolor EVA se observo que:
-15 mejoraron al menos en un descenso de dos puntos el grado de dolor
-2 no pudieron valorarse por abandono del tratamiento
-2 no acudieron a la consulta final de valoración
-15 por diferentes motivos no fueron valorados en ningún momento a pesar de realizar las sesiones. (debido a la rotación del personal tanto de medicina como de Fisioterapia dado que los periodos han sido coincidentes con coberturas itinerantes de personal
En el segundo periodo se trataron 43 pacientes de los que por medio de la medición de nuevos ítems (valoración de las actividades de la vida diaria, balance articular de los diferentes movimientos del hombro) se obtuvo una puntuación pre-sesiones y otras post-sesiones:
11 fueron testeados con los siguientes resultados:
9 mejoraron el grado de dolor .
1 permaneció igual.
1 no pudo ser valorado al final de las sesiones por no acudir a la consulta final
En cuanto a la mejora del arco de movilidad
5 mejoraron la movilidad de un tipo de movimiento.
3 mejoraron dos tipos de movimiento.
2 permanecieron igual.
1 no fue valorado por el mismo motivo
Mejora de las actividades de la vida diaria
2 mejoraron al menos un tipo de actividad de la vida diaria
8 permanecieron igual en cuanto a este ítem
1 no fue valorado.
De 32 pacientes no disponemos por los motivos anteriormente comentados de tests posteriores al tratamiento a pesar de realizar las sesiones y el adiestramiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0967

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por todo lo dicho se concluye que en la gran mayoría de los pacientes evaluados conseguimos mejorar el grado de dolor de forma importante con la actuación realizada. Como mínimo se estabiliza en los pocos pacientes que no mejoró. En cuanto a la movilidad de la articulación también hemos observado la mejora de la misma en la mayor parte de forma manifiesta y en los menos no empeoro. En el apartado de valoración de la mejora de las actividades de la vida diaria nuestra actuación consiguió mejorarla en muy pocos pacientes, por el contrario a la mayoría consigue estabilizarlos. Nuestra evolución en la implementación de nuevos test mucho mas completos que los previos ha sido muy positiva para valorar mejor nuestra actividad pero no hemos sido capaces de realizar la versión mas completa a todos y cada uno de los pacientes incluidos lo que hace que nuestra valoración de los resultados sea mas escasa y no tan exacta aunque marca bastante claramente la tendencia. De la misma forma hemos de conseguir involucrar a todo el equipo (medicina y enfermería) de cara a concienciar al paciente en que el propio motor de su recuperación reside en ellos y no confiar tanto en el uso de antiinflamatorios como via de mejora y de la misma forma crear por parte de los profesionales en que esta es una via de mejora y no tanto confiar en la labor del servicio de fisioterapia como via de derivación del paciente sin involucrarse ellos en el apoyo, concienciación y adiestramiento de los propios pacientes. Los pacientes solicitan del servicio de fisioterapia habitualmente la masoterapia como via de mejora de sus patologías y esta nueva visión de la recuperación cuenta en un principio con la incomprensión por parte de los mismos lo que hace que su colaboración precise de apoyo por el resto de profesionales. Esta es una forma de acceder a mas gente con los mismos recursos y conseguir una mayor recuperación

7. OBSERVACIONES.

A modo de resumen nuestra actuación ha conseguido mejorar el dolor y la movilidad de la articulación con la consiguiente mejora de dichos pacientes y lo que conlleva disminución de la necesidad de analgésicos involucrando en su propia recuperación al paciente comprometiéndolo en ella y concienciando al mismo de la importancia de la continuación de la realización de los ejercicios aprendidos de cara a mantener la funcionalidad y disminución del dolor de una articulación en la que el déficit mecánico persistirá en el futuro por tratarse de lesiones irreversibles muchas de ellas. Por todo lo dicho nos planteamos integrar esta actuación como un servicio mas dentro la Fisioterapia de nuestro centro.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/967 ===== ***

Nº de registro: 0967

Título
PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
MARTI JARNE FERNANDO, ROMERO NEVADO FERMIN, GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA, SANZ PUERTOLAS PATRICIA, BUIL VIDALLER JOSE ANGEL, ORTEGA GARRIDO DOLORES, PUYOL RAMI MARIA ESMERALDA, TABUENCA PUEYO MIREYA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Atención Primaria es el nivel básico de atención al usuario, para el desarrollo de las funciones de prevención y promoción de la salud se incluye la figura del fisioterapeuta como servicio de apoyo para el manejo de procesos de baja complejidad hacia el autocuidado y la capacidad resolutoria en este primer nivel asistencial.

El hombro doloroso es un problema clínico frecuente y una de las consultas más prevalentes en AP, siendo las lesiones músculo-tendinosas las patologías mas frecuentes y la ecografía la herramienta más eficaz para su estudio y de reciente inclusión en nuestro EAP.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0967

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

Con el objetivo de mejorar la accesibilidad a los servicios asistenciales y agilizar la atención se definieron los circuitos de derivación y se requiere la actuación coordinada de profesionales con pautas consensuadas, en el caso que nos ocupa, desde las Unidades de Fisioterapia de AP se propone la implantación de un programa de ejercicio físico terapéutico para personas con patología musculoesquelética de baja complejidad localizada en el hombro.

La población diana son pacientes con dolor de hombro con escasa pérdida de movilidad derivados tras estudio de Ecografía. El objetivo es que los pacientes participantes adquieran las habilidades necesarias para continuar realizando los ejercicios y pautas indicadas en su domicilio.

Para garantizar la continuidad asistencial los pacientes con procesos de mayor complejidad continuarán siendo atendidos en los servicios de rehabilitación, cuya accesibilidad en tiempo de espera se verá beneficiada, al tratar a pacientes menos complejos en el ámbito de Atención Primaria.

MÉTODO

Se plantean 4 sesiones de fisioterapia de 30 minutos durante dos semanas (dos sesiones a la semana) y una evaluación sobre la efectividad de la terapia al mes de finalizar las sesiones, valorando la adherencia y seguimiento en domicilio de las pautas indicadas, la satisfacción del paciente y la mejora de la funcionalidad.

INDICADORES

NUMERO DE ECOGRAFÍAS OSTEOMUSCULARES DE HOMBRO REALIZADAS.
NUMERO DE DERIVACIONES INTERCONSULTA A LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA TRAS EL DIAGNOSTICO CON ECOGRAFÍA.

DURACIÓN

INICIO ABRIL 2018
FINAL JUNIO 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1271

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ELENA JANER SUBIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA
BOZAL CORTES MARIA JESUS
DE RAMOS QUINTANILLA EDUARDO ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La intervención educativa de carácter individual se realiza mediante dos citas a lo largo de un año, en función del grado de control de asma de cada niño. Una vez seleccionados los niños asmáticos o con hipersensibilidad bronquial a través del programa informático OMI-AP, se contactó con la familia mediante vía telefónica informándoles brevemente de la educación individual y concertando una cita de 20 minutos de duración para ello. Estas citas se llevaron a cabo por la Enfermera de Pediatría durante los meses de octubre y noviembre, haciendo coincidir así con la campaña de vacunación antigripal anual y aprovechando la cita además de para la educación individual, para la administración de dicha vacuna.

En esta 1ª cita se explicó y se rellenó junto a la familia el Documento de salud del asma en Pediatría del Gobierno de Aragón, y se completaron los datos correspondientes en OMI. Dado que se disponía de pocos ejemplares en el centro, los meses previos contactamos con Salud Pública para poder repartir documentos a todos los niños. En él, quedan registrados los antecedentes personales y familiares, los desencadenantes conocidos y estudios complementarios realizados. Se insiste a la familia llevarlo siempre a cada visita relacionada con el asma de su hijo.

En esta visita también se rellena y entrega a la familia dos documentos:

- 1) el plan de seguimiento del asma, donde explica el tratamiento personalizado que cada niño debe seguir (de acuerdo con el tratamiento ya pautado por su pediatra, o concertando una cita con pediatría en caso de necesidad de modificación) y se aprovechó para repasar la correcta técnica de administración e insistir en llevar a las futuras visitas su cámara de inhalación. Se educa a la familia para saber reconocer los síntomas de mal control.
- 2) El plan de actuación ante una crisis asmática, dejando claro a los responsables del niño los síntomas que deben reconocer y la medicación que deben administrar en caso de crisis. Por último, se administra la vacunación antigripal y se informa que se les avisará para una segunda cita del seguimiento del asma que tendrá lugar en los meses de abril - mayo aproximadamente, siempre y cuando no presenten ninguna exacerbación previa que precise control médico con anterioridad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Nº niños asmáticos vacunados de gripe/Nº niños asmáticos en total (60%): 30/34 = 88,23%
- Prevalencia de niños asmáticos (5%) 34/1623 = 2.1%
- Proyecto en desarrollo, pendiente de finalización para obtener más resultados e indicadores propuestos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Infradiagnóstico de asma en OMI-AP: debemos mejorar el registro diagnóstico en OMI-AP. Tras la finalización del proyecto, la prevalencia de asma obtenida desde el programa OMI-AP debería aproximarse al 5%.
- Mejoría en el seguimiento del niño asmático: tras la realización del proyecto, esperamos conseguir un mínimo de 2 visitas anuales para mejorar el control, adherencia al tratamiento en niños asmáticos y resolver posibles dudas en la evolución de su enfermedad.
- Mejoría en la educación de familiares: se espera conseguir una mejoría en el seguimiento y en las exacerbaciones implicando más a la familia en el tratamiento del niño mediante un mejor conocimiento de la enfermedad.
- Con el desarrollo de este proyecto, se espera conseguir una disminución de las visitas a urgencias por asma gracias a su mejor control domiciliario y a la precocidad del tratamiento adecuado.
- Pendiente de finalización para obtener más conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1271 ===== ***

Nº de registro: 1271

Título
MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1271

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

Autores:
JANER SUBIAS ELENA, ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA, BOZAL CORTES MARIA JESUS, DE RAMOS QUINTANILLA EDUARDO ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, afectando aproximadamente al 10% de los menores de 14 años. Es un importante problema de salud pública: disminuye la calidad de vida de pacientes y familiares, produciendo elevados costes sanitarios y sociales. La educación del paciente en el conocimiento y manejo de la enfermedad es un pilar fundamental para conseguir los objetivos del tratamiento del asma: mejor calidad de vida (menor absentismo escolar y laboral) y disminución del número de exacerbaciones (menos demanda asistencial y hospitalizaciones). Las guías sobre manejo de asma en pediatría destacan la importancia de implicar al niño y su familia para que reconozcan los desencadenantes y sepan actuar ante una crisis, teniendo por escrito un plan de tratamiento consensuado.

En nuestras consultas, hemos objetivado un infradiagnóstico de asma registrado en OMI-AP: prevalencia del 3,5 % de niños asmáticos en nuestra población frente al 10 % que refleja la bibliografía. En el 2017 se puso en marcha un proyecto de educación grupal (formación teórica y práctica) a niños asmáticos y sus familias. Este año, el proyecto pretende conseguir un correcto seguimiento y de forma individualizada de los niños asmáticos según lo establecido en las guías de práctica clínica pediátrica.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reforzar los conocimientos sobre la patología, sus desencadenantes y su tratamiento.
- Prevención del tabaquismo pasivo/activo en adolescentes.
- Reconocimiento por parte de la familia y paciente de una crisis de asma y su actuación.
- Mejorar la adhesión al tratamiento crónico y conseguir un mejor control del asma.
- Evaluar con la familia las técnicas de inhalación y conseguir un buen uso de los distintos inhaladores.
- Aumentar la proporción de niños asmáticos vacunados de gripe estacional.
- Mejorar el diagnóstico del niño asmático y su registro en OMI-AP.
- Resolución de dudas acerca de su patología.

MÉTODO

Se concertarán un mínimo de 2 citas anuales, según el grado de control del asma de cada niño. Se informará a la familia telefónicamente de la actividad, programando la primera visita (Enfermería pediátrica), donde se aportarán y explicarán, de forma individualizada y por escrito:

- Documento de salud del asma en Pediatría del Gobierno de Aragón: antecedentes personales y familiares, desencadenantes conocidos, estudios complementarios realizados. Rellenar los datos que falten en el programa OMI-AP.
- Plan de seguimiento del asma: tratamiento farmacológico de mantenimiento y técnica correcta de administración. Reconocimiento de síntomas en caso de asma mal controlado.
- Plan de actuación ante una crisis asmática: reconocimiento de los síntomas y actuación en domicilio.
- Recomendación de la vacunación antigripal.

En una segunda visita (Pediatría), se realizará un seguimiento evolutivo del asma del paciente mediante el Cuestionario del control del asma en niños (CAN). Se valorará el impacto del asma desde la visita anterior: ingresos hospitalarios, visitas al centro de salud o a urgencias, absentismo escolar. Se completará el plan de seguimiento en el programa OMI-AP. En esta consulta, se realizará un repaso a los planes individualizados de tratamiento y a las técnicas de inhalación, modificando las dosis si fuera necesario, se reforzará la adherencia al tratamiento y se realizará educación sanitaria acerca de los desencadenantes, así como la solución de posibles dudas. El resto de visitas se realizarán en consultas de Pediatría o de Enfermería pediátrica, según la evolución del asma del paciente.

Se informará a los profesionales del centro de salud (CS) de la realización del proyecto, mediante una sesión clínica: explicar el proyecto, participación en él, correcto registro en OMI-AP de las exacerbaciones y cambios en el tratamiento agudo, derivar a las consultas de Pediatría a aquellos niños en los que se observe un mal control de su patología desde las visitas a Atención Continuada.

INDICADORES

- N°niños asmáticos vacunados de gripe/N° niños asmáticos en total (60%)
- Prevalencia de niños asmáticos (5%)
- N°niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN"/N°niños asmáticos totales (80%)
- N°niños con una puntuación >8 en el "Cuestionario CAN"/ N°niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN" (<15%)
- N°niños asmáticos evaluados con el "Documento de seguimiento para el registro de visitas sucesivas" del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1271

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

Grupo de vías respiratorias de Aragón/Nºniños asmáticos totales (80%)
- Nºniños o familiares que acuden a las 2 visitas/nºtotal de niños asmáticos convocados (70%)

DURACIÓN

- Revisión bibliográfica y creación del protocolo: Junio 2018. Equipo de Pediatría (EP).
- Contacto telefónico con las familias de niños asmáticos: Septiembre-Octubre 2018. EP
- Sesión clínica sobre el proyecto al EAP: Octubre 2018. CS.
- Primera visita programada: Octubre-noviembre 2018. Enfermería.
- Segunda visita programada: Abril-Mayo 2019. Pediatría.
- Resultados del proyecto: Junio-Agosto 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1335

1. TÍTULO

DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA TEODORA GARCIA MINGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ CASTELLAR LOURDES
MARTINEZ SENTIS VICENTE
ROMERO NEVADO FERMIN
IBARZ GARCIA CONSUEGRA MARIA LUISA
CASTILLON LOSCERTALES ANA
MOTIS MONTES GABRIEL
SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones de trabajo para búsqueda de bibliografía sobre criterios diagnósticos y de manejo de disfagia.
Presentación de taller de disfagia realizado en otros centros de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Preparación de sesión a presentar a los trabajadores de centros residenciales de los centros dependientes de los C.S. Binéfar y Tamarite.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo aprecia la importancia del abordaje multidisciplinar de la disfagia para la prevención de sus complicaciones.
Pendiente de presentar en el próximo trimestre las sesiones a los gerocultores, en pequeños grupos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1335 ===== ***

Nº de registro: 1335

Título
DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES

Autores:
GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA, IBAÑEZ CASTELLAR LOURDES, MARTINEZ SENTIS VICENTE, ROMERO NEVADO FERMIN, IBARZ GARCIA CONSUEGRA MARIA LUISA, CASTILLON LOSCERTALES ANA, MOTIS MONTES GABRIEL, SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: Senilidad
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El progresivo envejecimiento de la población en Aragón (el 21% de la población en Aragón es mayor de 65 años), asociado al aumento de la esperanza de vida de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas (tales como demencia o enfermedad de Parkinson), hace que la aparición de disfagia orofaríngea, sea cada vez más común. Entendemos por disfagia orofaríngea, la dificultad para tragar que se produce a nivel faríngeo, dificultando el paso de alimentos sólidos y líquidos desde el primer proceso de la deglución. Esta dificultad además de suponer una pérdida de calidad de vida al paciente, es un factor de riesgo de broncoaspiración y sus consecuencias. Si bien el diagnóstico precoz de la disfagia es importante para poderla abordar, también lo es el adecuado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1335

1. TÍTULO

DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES

manejo de la misma por parte de los cuidadores responsables de la alimentación de los pacientes afectos de dicha alteración.

RESULTADOS ESPERADOS

Revisar los criterios diagnósticos de disfagia en población de riesgo, para mejorar la detección precoz de la misma.
Revisar las recomendaciones en cuanto a alimentación de los pacientes afectos de disfagia.
Fomentar la realización de planes de cuidado específicos e individualizados de disfagia orofaríngea entre los cuidadores responsables de la alimentación de los pacientes afectos de disfagia.
Disminuir el riesgo de broncoaspiración entre los pacientes con disfagia.

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo formado por médicos y DUEs de los Centros de Salud de Binéfar y Tamarite para revisar tanto los criterios diagnósticos como los planes de cuidado específicos para este tipo de paciente, haciendo especial hincapié sobre el uso de espesantes en las diferentes texturas recomendadas, según el grado de disfagia que presente el paciente.
Realización de talleres dirigidos a cuidadores y familiares de los pacientes institucionalizados en las residencias de la Comarca de La Litera de Huesca.

INDICADORES

- Valoración de número de pacientes registrados en OMI con diagnóstico de disfagia antes y después de la intervención.
- % de auxiliares de geriatría que asisten a los talleres, del total de auxiliares trabajadores de las residencias de la Comarca de la Litera de Huesca.
- nº de diagnósticos de broncoaspiración antes y después de la intervención

DURACIÓN

Duración aproximada 1 año.
3º trimestre 2018_ Creación de grupo de trabajo del abordaje de la disfagia, búsqueda de datos sobre prevalencia de disfagia, revisión de criterios diagnósticos.
4ª trimestre 2018_ Elaboración de planes de cuidados específicos y elaboración de talleres a impartir a los auxiliares de geriatría trabajadores de los centros sociosanitarios de la comarca.
1º trimestre 2019_ Presentación en los Centros de Salud de Binéfar y Tamarite del Proyecto de Calidad, Presentación de los talleres sobre el conocimiento y el manejo de la disfagia.
2º trimestre de 2019_ Evaluación de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1335

1. TÍTULO

DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTÍCIPES A LOS CUIDADORES

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TEODORA GARCIA MINGUEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS BINEFAR
• Localidad BINEFAR
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ CASTELLAR LOURDES
MARTINEZ SENTIS VICENTE
ROMERO NEVADO FERMIN
IBARZ GARCIA CONSUEGRA MARIA LUISA
CASTILLON LOSCERTALES ANA
MOTIS MONTES GABRIEL
SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto echó a andar en junio de 2018, reuniéndonos en varias ocasiones hasta mayo de 2019 en el Centro de Salud de Binéfar. El trabajo en estas reuniones iniciales consistió en:

- * Recabar bibliografía sobre la disfagia, sus complicaciones y manejo,
 - * Recabar información sobre el número de centros socio-sanitarios de la Comarca de La Litera de Huesca, número total de trabajadores con responsabilidad en la alimentación de pacientes afectados de disfagia, número total de residentes de cada institución, número de pacientes afectados de disfagia antes de iniciar la intervención.
 - * Asistir a el taller "Actualización en disfagia" realizado por las DUE Ana Arnal Torres y Arancha Pueyo Acín.
 - * Elaboración de una presentación PowerPoint para la realización de unos talleres teórico-prácticos dirigidos a los cuidadores de los centros socio-sanitarios de la Comarca de La Litera de Huesca.
- Posteriormente, entre mayo y julio de 2019, impartimos 9 talleres teórico-prácticos en los Centros de Salud de Binéfar y Tamarite de Litera (centros de salud de referencia de los centros socio-sanitarios de la comarca), dirigidos a los trabajadores de los centros residenciales. Además en esas fechas, dimos difusión de nuestro trabajo a los compañeros de los propios centros de salud, a través de una sesión clínica, con el objetivo de sensibilizar sobre esta problemática y su manejo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la Comarca de la Litera hay 7 centros socio-sanitarios: 6 residencias geriátricas (Residencia Comarcal de Binéfar, Residencia María Llevot, Residencia Comarcal de Tamarite, Residencia de Albelda, Tamarite Residencial y Residencia de Altorricón) y un centro de disminuidos psíquicos (Centro el Pilar). Los equipos directivos de los 7 centros recibieron invitación para que sus trabajadores acudieran a los talleres. De los 7 centros, a las sesiones acudieron trabajadores de 6 de ellos, es decir que participaron el 85% de los centros. Se orientaron los talleres a los profesionales de enfermería, auxiliares de clínica y de geriatría, que en el segundo trimestre de 2019 eran en total 134, de los cuáles 56 (41'7%) acudieron a los talleres. Fue muy llamativa la diferencia de asistencia entre los trabajadores de los centros de Tamarite y los de Binéfar, si bien entre los trabajadores de Tamarite participaron en los talleres el 60%, sólo el 10'8% de los trabajadores de los centros de Binéfar acudieron.

El número total de pacientes institucionalizados en el momento de la intervención era de 355, de los cuales 38 (10'7%) recibían dieta disfagia (a través de la adaptación del menú y/o uso de espesantes para líquidos). Tras 6 meses de la intervención, se contacta con los centros socio-sanitarios vía telefónica para recabar información sobre los pacientes a los que se les adapta la dieta por disfagia. En Enero de 2020, a 44 pacientes de los 355 residentes se les adaptaba la dieta por disfagia, es decir un 12'4%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Parece que la intervención no ha tenido un efecto muy llamativo en cuanto al aumento de la detección de la disfagia. Creemos que esto se debe a que los profesionales de los centros socio-sanitarios ya presentaban un alto nivel de conocimiento y sensibilidad sobre la misma, por lo que seguramente no era necesaria la intervención en este sentido.

Sin embargo sí nos ha parecido interesante la realización de un trabajo de revisión de la disfagia desde una perspectiva transversal, ya que aunque los talleres han sido impartidos por nosotros como profesionales, se ha fomentado mucho la participación de los asistentes, de los que también hemos aprendido. En ocasiones la perspectiva más teórico-científica deja de lado esa visión de campo en la que la puesta en marcha de las medidas recomendadas no siempre es fácil y en el taller se ha puesto de manifiesto las dificultades que tienen los cuidadores, compartiendo entre ellos las soluciones que van empleando unos y otros. También es importante conocer cómo se comportan los distintos espesantes, para poder decidir cuál prescribir y optimizar su buen uso. Por tanto se ha invitado a los trabajadores a informar a los médicos responsables de los pacientes de cualquier dificultad que tengan en el uso de los mismos. De la misma forma, se ha animado a los cuidadores a avisar cuando detecten dificultades en la ingesta de cualquier paciente, para poder así hacer una evaluación médica si es preciso en este sentido.

Finalmente, compartir la experiencia con el resto de los compañeros del centro de salud también ha sido gratificante y enriquecedor, a la vez que creemos que aumenta la sensibilidad ante un problema acuciante y en ocasiones minusvalorado. Durante el taller se realizó una experiencia práctica que consistía en una simulación de la dificultad al deglutir. Como siempre las experiencias vividas en primera persona suelen dejar mayor recuerdo y creemos que fue muy ilustrativa para los asistentes.

Ha quedado pendiente en este proyecto, la valoración del número de diagnósticos de broncoaspiración antes y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1335

1. TÍTULO

DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES

después de la intervención. Si bien nos hubiera gustado poder valorar este indicador, nos dimos cuenta que es difícil obtener datos fidedignos ya que la forma de codificar dicho evento es muy variable y seguramente quede en muchos casos enmascarado en los diagnósticos de Sobreinfección respiratoria, Insuficiencia Respiratoria, Neumonía, y otros por lo que finalmente hemos decidido no evaluarlo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1335 ===== ***

Nº de registro: 1335

Título
DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES

Autores:
GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA, IBAÑEZ CASTELLAR LOURDES, MARTINEZ SENTIS VICENTE, ROMERO NEVADO FERMIN, IBARZ GARCIA CONSUEGRA MARIA LUISA, CASTILLON LOSCERTALES ANA, MOTIS MONTES GABRIEL, SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: Senilidad
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El progresivo envejecimiento de la población en Aragón (el 21% de la población en Aragón es mayor de 65 años), asociado al aumento de la esperanza de vida de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas (tales como demencia o enfermedad de Parkinson), hace que la aparición de disfagia orofaríngea, sea cada vez más común. Entendemos por disfagia orofaríngea, la dificultad para tragar que se produce a nivel faríngeo, dificultando el paso de alimentos sólidos y líquidos desde el primer proceso de la deglución. Esta dificultad además de suponer una pérdida de calidad de vida al paciente, es un factor de riesgo de broncoaspiración y sus consecuencias. Si bien el diagnóstico precoz de la disfagia es importante para poderla abordar, también lo es el adecuado manejo de la misma por parte de los cuidadores responsables de la alimentación de los pacientes afectados de dicha alteración.

RESULTADOS ESPERADOS

Revisar los criterios diagnósticos de disfagia en población de riesgo, para mejorar la detección precoz de la misma.
Revisar las recomendaciones en cuanto a alimentación de los pacientes afectados de disfagia.
Fomentar la realización de planes de cuidado específicos e individualizados de disfagia orofaríngea entre los cuidadores responsables de la alimentación de los pacientes afectados de disfagia.
Disminuir el riesgo de broncoaspiración entre los pacientes con disfagia.

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo formado por médicos y DUEs de los Centros de Salud de Binéfar y Tamarite para revisar tanto los criterios diagnósticos como los planes de cuidado específicos para este tipo de paciente, haciendo especial hincapié sobre el uso de espesantes en las diferentes texturas recomendadas, según el grado de disfagia que presente el paciente.
Realización de talleres dirigidos a cuidadores y familiares de los pacientes institucionalizados en las residencias de la Comarca de La Litera de Huesca.

INDICADORES

- Valoración de número de pacientes registrados en OMI con diagnóstico de disfagia antes y después de la intervención.
- % de auxiliares de geriatría que asisten a los talleres, del total de auxiliares trabajadores de las residencias de la Comarca de la Litera de Huesca.
- nº de diagnósticos de broncoaspiración antes y después de la intervención

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1335

1. TÍTULO

DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTÍCIPES A LOS CUIDADORES

DURACIÓN

Duración aproximada 1 año.

3º trimestre 2018_ Creación de grupo de trabajo del abordaje de la disfagia, búsqueda de datos sobre prevalencia de disfagia, revisión de criterios diagnósticos.

4ª trimestre 2018_ Elaboración de planes de cuidados específicos y elaboración de talleres a impartir a los auxiliares de geriatría trabajadores de los centros sociosanitarios de la comarca.

1º trimestre 2019_ Presentación en los Centros de Salud de Binéfar y Tamarite del Proyecto de Calidad, Presentación de los talleres sobre el conocimiento y el manejo de la disfagia.

2º trimestre de 2019_ Evaluación de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0177

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
ESPIER LLORENS ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se informó del proyecto en reunión del EAP
Solicitó y recibió el MAPA y el tensiometro detector de arrimias (este hace 3 meses).
Se creó la agenda para la realización del MAPA
Se programó la distribución del MAPA entre los distintos cupos del centro
Se realizaron sesiones clínicas y talleres de manejo e interpretación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-nº de sesiones formativas: 3 registradas en el acta de sesiones (2 en noviembre del 2017 y 1 en noviembre del 2018.Objetivo: >2
-nº de MAPAS realizados: 42 .objetivo:=> 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pensamos que ha sido util la introducción del MAPA en el diagnostico, control y seguimiento de nuestros pacientes hipertensos y pensamos en continuar con el proyecto para normalizar en todos los cupos su uso y además introducir de un modo parecido al MAPA, el tensiómetro detector de aritmias, ya que no hemos tenido tiempo de implantarlo por recibirlo hace poco tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/177 ===== ***

Nº de registro: 0177

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Autores:
GARCIA BELLO MARIA JESUS, ALONSO BERGES RAQUEL, ESPIER LLORENS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hipertensión arterial es un importante problema de salud pública tanto por su elevada prevalencia como por el elevado riesgo cardiovascular que conlleva, siendo el principal factor de riesgo cardiovascular modificable para un evento cardiovascular. La medida aislada de la presión arterial obtenida de forma programada o fortuita en un centro sanitario o en una oficina de farmacia puede considerarse como un punto de partida en el diagnostico, seguimiento y tratamiento de la HTA. No obstante al tratarse de una medición casual, aislada, realizada fuera del entorno habitual del paciente puede verse afectada por el efecto "bata blanca"al tiempo que es poco reproducible y no proporciona información durante las actividades cotidianas del paciente o durante el sueño. Estas limitaciones pueden conducir a problemas o errores en el diagnóstico, en la evaluación del perfil de riesgo del paciente, en la efectividad y adecuación de los tratamientos antihipertensivos instaurados y, en general, en la de decisiones clínicas. Por todo ello los profesionales sanitarios nos deberíamos decantar por usar dispositivos de medidas más innovadores, que permitan evitar el efecto "bata

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0177

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

blanca", que tengan mayor reproductividad y que permitan estudiar la variabilidad de la PA y su patrón circadiano durante la actividad cotidiana del paciente, como puede ser el dispositivo de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial "MAPA".

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar el diagnóstico, tratamiento y control de los pacientes hipertensos.
- Disminuir las complicaciones cardiovasculares del paciente hipertenso.
- Mejorar la estratificación del Riesgo Cardiovascular.
- Aumentar los conocimientos sobre Hipertensión Arterial de los profesionales sanitarios.
- Fomentar el uso del MAPA entre los profesionales sanitarios, familiarizándose con su realización e interpretación.
- Aumentar la satisfacción de los usuarios y profesionales.

MÉTODO

- Información del proyecto en reunión del E.A.P.
- Realización de sesiones clínicas sobre HTA.
- Solicitar MAPA-Realización de varias sesiones clínicas y talleres sobre su manejo e interpretación.
- Solicitar Tensiómetro con detector de arritmias. Sesión clínica sobre manejo y interpretación.
- Crear agenda para la realización MAPA.
- Programar la utilización del MAPA entre los distintos cupos.

INDICADORES

- Nº de sesiones formativas = > 2.
- Nº de MAPAS realizados => 10

DURACIÓN

Noviembre 2017-Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0177

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
ESPIER LLORENS ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Información al E.A.P. de la existencia de la agenda para la realización del MAPA
Registro de la distribución del MAPA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº DE mapas realizados: 11. objetivo:=>10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este año a consecuencia de las incapacidades laborales de varios miembros tanto del equipo de mejora, como del EAP en su conjunto, se ha producido un descenso importante del nº de MAPAS realizados. por lo que consideramos importante, retomar el proyecto e impulsarlo durante este año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/177 ===== ***

Nº de registro: 0177

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Autores:
GARCIA BELLO MARIA JESUS, ALONSO BERGES RAQUEL, ESPIER LLORENS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hipertensión arterial es un importante problema de salud pública tanto por su elevada prevalencia como por el elevado riesgo cardiovascular que conlleva, siendo el principal factor de riesgo cardiovascular modificable para un evento cardiovascular. La medida aislada de la presión arterial obtenida de forma programada o fortuita en un centro sanitario o en una oficina de farmacia puede considerarse como un punto de partida en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la HTA. No obstante al tratarse de una medición casual, aislada, realizada fuera del entorno habitual del paciente puede verse afectada por el efecto "bata blanca" al tiempo que es poco reproducible y no proporciona información durante las actividades cotidianas del paciente o durante el sueño. Estas limitaciones pueden conducir a problemas o errores en el diagnóstico, en la evaluación del perfil de riesgo del paciente, en la efectividad y adecuación de los tratamientos antihipertensivos instaurados y, en general, en la de decisiones clínicas. Por todo ello los profesionales sanitarios nos deberíamos decantar por usar dispositivos de medidas más innovadores, que permitan evitar el efecto "bata blanca", que tengan mayor reproductividad y que permitan estudiar la variabilidad de la PA y su patrón circadiano durante la actividad cotidiana del paciente, como puede ser el dispositivo de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial "MAPA".

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar el diagnóstico, tratamiento y control de los pacientes hipertensos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0177

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

- Disminuir las complicaciones cardiovasculares del paciente hipertenso.
- Mejorar la estratificación del Riesgo Cardiovascular.
- Aumentar los conocimientos sobre Hipertensión Arterial de los profesionales sanitarios.
- Fomentar el uso del MAPA entre los profesionales sanitarios, familiarizándose con su realización e interpretación.
- Aumentar la satisfacción de los usuarios y profesionales.

- MÉTODO**
- Información del proyecto en reunión del E.A.P.
 - Realización de sesiones clínicas sobre HTA.
 - Solicitar MAPA-Realización de varias sesiones clínicas y talleres sobre su manejo e interpretación.
 - Solicitar Tensiometro con detector de arritmias.Sesión clínica sobre manejo y interpretación.
 - Crear agenda para la realización MAPA.
 - Programar la utilización del MAPA entre los distintos cupos.

- INDICADORES**
- Nº de sesiones formativas = > 2.
 - Nº de MAPAS realizados => 10

DURACIÓN
Noviembre 2017-Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1446

1. TÍTULO

FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL YSEBIE RONSE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
GARCIA SANJUAN GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Primera reunión con los distintos instituciones colaboradoras prevista el 25/02/2019 (instituto, colegio, residencia de ancianos, servicios sociales y ayuntamiento, Centro de salud)

La idea es crear un activo para la salud para que se puedan apuntar a los mayores del valle a la actividad a través de una derivación por parte de los profesionales médicos del CS de Castejón de Sos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
se hizo una primera propuesta del proyecto en el consejo de salud en dic 2018 con buena acogida. Se decide ampliar el proyecto a todos los mayores del Valle. El alcalde quiere organizar un transporte para que los mayores de los pueblos puedan acudir a las actividades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
parece que el proyecto tiene una buena acogida por las instituciones colaboradoras.

7. OBSERVACIONES.
La escasez de tiempo debida a la carga de trabajo nos impide desarrollar el proyecto con más agilidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1446 ===== ***

Nº de registro: 1446

Título
SALUD COMUNITARIA: FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS

Autores:
YSEBIE RONSE ISABEL, ALONSO BERGES RAQUEL, GONZALEZ FERNANDEZ LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los ancianos pasan gran parte del día sentados y con escasos estímulos. Los RRHH con los que cuenta le residencia no son suficientes para poder cubrir esas necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar el bienestar y estimular la actividad física y agilidad mental de los residentes.
Fomentar en los jóvenes valores como el, compromiso, respeto y la empatía con los mayores.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1446

1. TÍTULO

FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS

Realizar una vez por semana paseos, gimnasia gerontológica y/o actividades lúdicas.

INDICADORES

nº de residentes implicados/nº de total de residentes=40%

nº de alumnos del instituto implicados/ nº de alumnado del instituto=10%

nº de alumnos del colegio implicados/nº de alumnado de colegio=10%

DURACIÓN

inicio: septiembre 2018

duración: curso escolar

OBSERVACIONES

la idea del proyecto de salud comunitaria es que a lo largo del tiempo, los alumnos obtengan suficiente empoderamiento para llevar a cabo las actividades sin nuestra supervisión.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1493

1. TÍTULO

IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL ALONSO BERGES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una sesión clínica para presentar el proyecto y un pequeño taller para adiestrar a los profesionales sobre el registro de los pacientes tratados con NACO en TAONET.
Busqueda activa de los pacientes tratados con NACO a través del Servicio de Farmacia DE ATENCIÓN PRIMARIA (María José Buisan). Se reparte un listado entre los profesionales para su posterior registro en OMI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Pacientes con NACO registrados en TAONET/ total de pacientes tratados con NACO= 23/28 = 60%
El standar marcado era de un 10%, la respuesta del equipo ha sido muy positiva.

2. Pacientes tratados con NACO registrados en TAONET/ total de pacientes registrados en TAONET = 23/80 = 28%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aceptación del proyecto ha sido positiva. en este momento tenemos al 60% de los pacientes tratados con NACO correctamente identificados en la historia clínica.
Continuaremos este año 2019 revisando a través del listado de pacientes tratados ACOD hasta que el registro se realice de forma sistemática.
Se pretende llegar al 90% de los pacientes registrados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1493 ===== ***

Nº de registro: 1493

Título
IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTOS DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

Autores:
ALONSO BERGES RAQUEL, YSEBIE RONSE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Del total de los pacientes anticoagulados, sólo existía registro con un ícono específico en OMI para los pacientes tratados con Sintrom. Tras la última modificación de TAONET es posible registrar los pacientes tratados con los NACOS.
Consideramos que el hecho de tener a todos los pacientes anticoagulados correctamente registrados contribuye a la seguridad del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1493

1. TÍTULO

IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

RESULTADOS ESPERADOS

Identificar a los pacientes tratados con NACO a través del nuevo registro de TAONET.

MÉTODO

busqueda activa de los pacientes que están en tratamiento con NACO y proceder a su registro en el programa de TAONET

INDICADORES

pacientes con NACO registrados en TAONET/total de pacientes registrados en TAONET > 10%
pacientes con NACO registrados en TAONET/total de pacientes en tto con NACO

DURACIÓN

junio 2018 (coincide con la implantación de la nueva versión del TAONET)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1321

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE DAVID CERVERA VIDAL
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COLLADOS GRAO LAURA
PUEYO GONZALEZ MARIA CARMEN
VILLANUEVA LIZANDRA RAQUEL
JARNE GER CARLOS
FORTIT GARCIA JONATAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se reciben llamadas telefónicas en cuatro de los terminales, lo que se simultanea con la atención al público según acude al centro.
Se han instalado auriculares que facilitan la atención telefónica, así como el teclado a la vez que se está al aparato.
Se realizó difusión de la obtención de cita por internet y a través de la aplicación.
Se ha sintetizado mucha de la información expuesta a los pacientes, lo que permite concentrar más atención en cada mensaje.
Se ha replanteado la disposición de los trabajadores, de modo que no tienen especialización concreta, sino que atienden cualquier tipo de demanda que los pacientes puedan realizar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A la fecha de cumplimentar esta memoria, el responsable no puede acceder a los datos necesarios para calibrar los resultados alcanzados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A falta de conocer los resultados reales de las medidas adoptadas, puede ser precipitado extraer conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1321 ===== ***

Nº de registro: 1321

Título
REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

Autores:
CERVERA VIDAL DAVID, COLLADOS GRAO LAURA, PUEYO GONZALEZ MARIA CARMEN, VILLANUEVA LIZANDRA RAQUEL, JARNE GER CARLOS, FORTIT GARCIA JONATAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Aspectos relacionales
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Administrativo y organizativo

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a reclamaciones de usuarios, y por la funcionalidad intracentro, se observa que la recepción de llamadas externas e internas es limitada, quedando muchas sin responder. Según datos de enero de 2018, solo se respondió el 19% de llamadas (81% desatendidas)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1321

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

El CS Fraga recibe más de 700 llamadas varios días por semana casi en cualquier periodo del año. Así, se atienden en media 133 llamadas/día.

El equipo de admisión consta de 5 auxiliares administrativos y atiende más de 19.000 usuarios, de Fraga y pueblos vinculados. Los meses de mayo las afiliaciones aumentan hasta un 30%, lo que repercute directamente en nuevas tarjetas. Esto implica una labor reflejada en los siguientes datos, del 1 de enero hasta 31 de mayo de 2018:

Registros de tarjeta Sanitaria, movimientos: 2.336
Registros en OMI: 51.176
Altas rápidas: 919

La fluidez en la comunicación telefónica es muy apreciada por usuarios y profesionales, y su ausencia genera insatisfacción. Por el gran volumen de tareas y usuarios no es posible contestar todas las llamadas tal y como sería deseable.

Así, es crucial aportar mejoras estructurales/organizativas, que palien la falta de recursos humanos y diseñar un sistema que agilice la comunicación telefónica para el CS Fraga.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera:

Disminuir la demanda de comunicación telefónica, fomentando el uso de vías alternativas

Aumentar al menos en un 8 % la recepción telefónica

Que el nuevo diseño favorezca un trabajo de calidad y genere satisfacción y salud a usuarios, profesionales y sistema.

Un ahorro económico a medio - largo plazo.

Población diana: usuarios; intervenciones dirigidas a: usuarios, profesionales y sistema.

MÉTODO

Punto de partida: hasta abril 2018 solo entraban llamadas en 2 de los 5 teléfonos -que podían silenciarse, quedando una señal luminosa como todo reclamo de atención- y existía una única vía de entrada para las llamadas. Gracias a una monitorización, se esclarece cuál es el déficit y la comparativa respecto a otros centros, evidenciando la necesidad de cambios.

El notable número de reclamaciones que responde el coordinador del CS lo confirma.

La jefa de admisión del Sector Barbastro llevó a cabo cambios técnicos y ha expuesto propuestas de cambio contrastadas, a la vez que matiza las posibilidades técnicas de los auxiliares administrativos. Las acciones iniciadas son:

1. se ha establecido un ritmo para la recepción telefónica y para actividades simultáneas, consistente en uno a uno y evitar dejar entradas telefónicas perdidas
2. se han habilitado líneas de entrada múltiples, todos los teléfonos pueden recoger llamadas y ninguno silenciarse
3. se han solicitado posters y folletos de SALUD INFORMA, repartidas estratégicamente por el CS
4. los profesionales del CS han diseñado carteles y tarjetas con información de SALUD INFORMA para entrega directa a pacientes
5. Está tratada con D.A.P. la necesidad de un 6º auxiliar administrativo (ratio de usuarios / auxiliar administrativo recomendado)
6. Se está gestionando el cambio de distribución horaria del personal de admisión que, actualmente, colabora en la recepción de pacientes en urgencias de 15 a 17 horas, lo que excede de sus competencias y mengua el desarrollo de actividades propias
7. Dotar al personal de admisión de auriculares inalámbricos que facilitan responder las llamadas desde cualquier sitio y dan rapidez al tener las manos libres

Se ha acordado tratar sobre la recepción de llamadas telefónicas en un mínimo de 3 reuniones anuales entre auxiliares administrativos y coordinación de A.P. (se reúnen mínimo cada mes), en 1 de cada 3 reuniones entre profesionales de medicina (reunión semanal) y en 1 de cada 6 reuniones con todos los profesionales del CS (promedio de 3 reuniones mensuales)

Se espera aumentar la satisfacción y el empoderamiento de usuarios y mejorar la agilidad de las funciones y bienestar de los auxiliares administrativos.

INDICADORES

1. comparar total de llamadas entre enero 2018 y enero 2019, recibidas en el CS Fraga, de lunes a viernes en horario de 8 a 15 horas. Aumentar llamadas atendidas respecto al total del 19% de enero 2018 al 27% en enero 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1321

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

2. N° de citas obtenidas por web/N° de PIN facilitados desde BDU

Los datos serán suministrados por CAU

Los límites inferior y superior de calidad: 21% y 33% de llamadas atendidas respecto al total de entrantes.

DURACIÓN

Inicio: 1ª semana junio 2018

Fin: enero de 2019, tras obtención de resultados, con muestra inicial en noviembre 2018

Si los resultados se acercan a los esperados y/o generan tendencia, se establecerá y dará continuidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1321

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

Fecha de entrada: 05/01/2020

2. RESPONSABLE DAVID CERVERA VIDAL
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto de mejora finalizó en enero de 2019 y la memoria se presentó en febrero de 2019, por lo que no hay ni habrá información nueva al respecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados son los incluidos en la anterior memoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusiones y recomendaciones son las incluidos en la anterior memoria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1321 ===== ***

Nº de registro: 1321

Título
REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

Autores:
CERVERA VIDAL DAVID, COLLADOS GRAO LAURA, PUEYO GONZALEZ MARIA CARMEN, VILLANUEVA LIZANDRA RAQUEL, JARNE GER CARLOS, FORTIT GARCIA JONATAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Aspectos relacionales
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Administrativo y organizativo

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a reclamaciones de usuarios, y por la funcionalidad intracentro, se observa que la recepción de llamadas externas e internas es limitada, quedando muchas sin responder. Según datos de enero de 2018, solo se respondió el 19% de llamadas (81% desatendidas)
El CS Fraga recibe más de 700 llamadas varios días por semana casi en cualquier periodo del año. Así, se atienden en media 133 llamadas/día.

El equipo de admisión consta de 5 auxiliares administrativos y atiende más de 19.000 usuarios, de Fraga y pueblos vinculados. Los meses de mayo las afiliaciones aumentan hasta un 30%, lo que repercute directamente en nuevas tarjetas. Esto implica una labor reflejada en los siguientes datos, del 1 de enero hasta 31 de mayo de 2018:

Registros de tarjeta Sanitaria, movimientos: 2.336
Registros en OMI: 51.176
Altas rápidas: 919

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1321

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

La fluidez en la comunicación telefónica es muy apreciada por usuarios y profesionales, y su ausencia genera insatisfacción. Por el gran volumen de tareas y usuarios no es posible contestar todas las llamadas tal y como sería deseable.

Así, es crucial aportar mejoras estructurales/organizativas, que palien la falta de recursos humanos y diseñar un sistema que agilice la comunicación telefónica para el CS Fraga.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera:

Disminuir la demanda de comunicación telefónica, fomentando el uso de vías alternativas

Aumentar al menos en un 8 % la recepción telefónica

Que el nuevo diseño favorezca un trabajo de calidad y genere satisfacción y salud a usuarios, profesionales y sistema.

Un ahorro económico a medio - largo plazo.

Población diana: usuarios; intervenciones dirigidas a: usuarios, profesionales y sistema.

MÉTODO

Punto de partida: hasta abril 2018 solo entraban llamadas en 2 de los 5 teléfonos -que podían silenciarse, quedando una señal luminosa como todo reclamo de atención- y existía una única vía de entrada para las llamadas. Gracias a una monitorización, se esclarece cuál es el déficit y la comparativa respecto a otros centros, evidenciando la necesidad de cambios.

El notable número de reclamaciones que responde el coordinador del CS lo confirma.

La jefa de admisión del Sector Barbastro llevó a cabo cambios técnicos y ha expuesto propuestas de cambio contrastadas, a la vez que matiza las posibilidades técnicas de los auxiliares administrativos. Las acciones iniciadas son:

1. se ha establecido un ritmo para la recepción telefónica y para actividades simultáneas, consistente en uno a uno y evitar dejar entradas telefónicas perdidas
2. se han habilitado líneas de entrada múltiples, todos los teléfonos pueden recoger llamadas y ninguno silenciarse
3. se han solicitado posters y folletos de SALUD INFORMA, repartidas estratégicamente por el CS
4. los profesionales del CS han diseñado carteles y tarjetas con información de SALUD INFORMA para entrega directa a pacientes
5. Está tratada con D.A.P. la necesidad de un 6º auxiliar administrativo (ratio de usuarios / auxiliar administrativo recomendado)
6. Se está gestionando el cambio de distribución horaria del personal de admisión que, actualmente, colabora en la recepción de pacientes en urgencias de 15 a 17 horas, lo que excede de sus competencias y mengua el desarrollo de actividades propias
7. Dotar al personal de admisión de auriculares inalámbricos que facilitan responder las llamadas desde cualquier sitio y dan rapidez al tener las manos libres

Se ha acordado tratar sobre la recepción de llamadas telefónicas en un mínimo de 3 reuniones anuales entre auxiliares administrativos y coordinación de A.P. (se reúnen mínimo cada mes), en 1 de cada 3 reuniones entre profesionales de medicina (reunión semanal) y en 1 de cada 6 reuniones con todos los profesionales del CS (promedio de 3 reuniones mensuales)

Se espera aumentar la satisfacción y el empoderamiento de usuarios y mejorar la agilidad de las funciones y bienestar de los auxiliares administrativos.

INDICADORES

1. comparar total de llamadas entre enero 2018 y enero 2019, recibidas en el CS Fraga, de lunes a viernes en horario de 8 a 15 horas. Aumentar llamadas atendidas respecto al total del 19% de enero 2018 al 27% en enero 2019
2. Nº de citas obtenidas por web/Nº de PIN facilitados desde BDU

Los datos serán suministrados por CAU

Los límites inferior y superior de calidad: 21% y 33% de llamadas atendidas respecto al total de entrantes.

DURACIÓN

Inicio: 1ª semana junio 2018

Fin: enero de 2019, tras obtención de resultados, con muestra inicial en noviembre 2018

Si los resultados se acercan a los esperados y/o generan tendencia, se establecerá y dará continuidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1321

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0127

1. TÍTULO

INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ADORACION NOGUERO CARRERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES
AYUDAN PEIRON BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Repostaje del vehículo.
2. Mantenimiento del vehículo: en el taller de referencia (RODI) anualmente. ITV cuando corresponda.
3. Limpieza del vehículo por dentro y por fuera cada 6 meses. El primer día laborable del mes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

100%. Se realizó el mantenimiento y la limpieza en las fechas previstas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es más seguro y cómodo para los profesionales mantener el coche en buenas condiciones debido al gran número de salidas que se realizan.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/127 ===== ***

Nº de registro: 0127

Título
INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

Autores:
NOGUERO CARRERA ADORACION, LIDIA CALDERO SANTIAGO, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES, AYUDAN PEIRON BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Mantenimiento del vehículo del centro necesario para la atención urgente del paciente fuera del Centro de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir un buen mantenimiento del vehículo para poder desarrollar nuestro trabajo de la forma más óptima, segura y cómoda para todos.

MÉTODO
1. Repostaje del vehículo: se realizará cuando quede un cuarto del depósito; en la gasolinera situada en la Avda. Aragón (Fraga). Se proporcionará el código del Salud y la matrícula del coche para hacer el albarán, el cual, se depositará en la valija de urgencias para admision.
2. Mantenimiento: se realizará en el taller de referencia (RODI), en el momento que corresponda la revisión de forma ANUAL.
ITV cuando corresponda y posibles reparaciones se realizarán de forma consensuada con el coordinador.
3. Limpieza: por dentro y por fuera del vehículo cada 6 meses, el primer día laborable del mes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0127

1. TÍTULO

INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

INDICADORES

- El mantenimiento del coche se realizará como mínimo cada 12 meses y como máximo cada dos años.
- Limpieza del coche se realizará como mínimo cada 6 meses y como máximo cada año.

DURACIÓN

- Mantenimiento: revisión anual y duración indefinida.
- Limpieza: revisión anual y duración indefinida.
- Plan de comunicación: reunión en el Centro de Salud a todo el equipo y exposición del proyecto.
- Fecha prevista de iniciación, marzo 2018.
- Calendarios (Anexo 1 y anexo 2)
- Responsables de implantación: El equipo responsable de atención continuada de Calidad.
- Plan: El equipo responsable se encargará de avisar al Coordinador cuando toque revisión de mantenimiento o limpieza para que éste de la orden.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0127

1. TÍTULO

INSTRUCCIÓN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCAIS EN EL EAP DE FRAGA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ADORACION NOGUERO CARRERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALDERO SANTIAGO LIDIA
SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES
AYUDAN PEIRON BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Repostaje correcto del coche por todos los usuarios.
- Mantenimiento del vehículo: se realiza anualmente, se deja anotado y se continuará haciendo.
- ITV: realizada correctamente y queda registrada para la siguiente.
- Limpieza de vehículo: se ha realizado cada 6 meses, dejando un registro de ello. Y se continuará haciendo así.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados han sido de un 100% de los cuatro puntos a seguir. Se ha conseguido una rutina y se continuará realizando en el centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es muy importante el buen uso y mantenimiento de las cosas para cuando se empleen todo funcione correctamente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/127 ===== ***

Nº de registro: 0127

Título
INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

Autores:
NOGUERO CARRERA ADORACION, LIDIA CALDERO SANTIAGO, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES, AYUDAN PEIRON BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Mantenimiento del vehículo del centro necesario para la atención urgente del paciente fuera del Centro de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir un buen mantenimiento del vehiculo para poder desarrollar nuestro trabajo de la forma más óptima, segura y cómoda para todos.

MÉTODO
1. Repostaje del vehiculo: se realizará cuando quede un cuarto del depósito; en la gasolinera situada en la Avda. Aragón (Fraga). Se proporcionará el código del Salud y la matrícula del coche para hacer el albarán, el cual, se depositará en la valija de urgencias para admision.
2. Mantenimiento: se realizará en el taller de referencia (RODI), en el momento que corresponda la revisión de forma ANUAL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0127

1. TÍTULO

INSTRUCCIÓN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCAIS EN EL EAP DE FRAGA

ITV cuando corresponda y posibles reparaciones se realizarán de forma consensuada con el coordinador.
3. Limpieza: por dentro y por fuera del vehículo cada 6 meses, el primer día laborable del mes.

INDICADORES

-El mantenimiento del coche se realizará como mínimo cada 12 meses y como máximo cada dos años.
-Limpieza del coche se realizará como mínimo cada 6 meses y como máximo cada año.

DURACIÓN

-Mantenimiento: revisión anual y duración indefinida.
-Limpieza: revisión anual y duración indefinida.
-Plan de comunicación: reunión en el Centro de Salud a todo el equipo y exposición del proyecto.
-Fecha prevista de iniciación, marzo 2018.
-Calendarios (Anexo 1 y anexo 2)
-Responsables de implantación: El equipo responsable de atención continuada de Calidad.
-Plan: El equipo responsable se encargará de avisar al Coordinador cuando toque revisión de mantenimiento o limpieza para que éste de la orden.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0191

1. TÍTULO

USA LOS PIES CON CABEZA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR BITRIAN AISA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA
DE LOS SANTOS MARTINEZ GERDICA
ARESTE ALBA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado la intervención al grupo intervención y se les ha pasado la encuesta a los 6 meses.
Se les ha pasado la primera encuesta y se ha repetido a los 6 meses.
Debido a la falta de personal no se ha podido completar la comparación de los grupos con el programa EPICAT.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el grupo intervención ha habido un aumento de media de un 12.22%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la intervención se ha percido un cambio de hábitos, aunque repasando las encuestas vemos que hay algun caso en el que no ha habido ningún cambio. Esto podría deberse a que son costumbre muy arraigadas y posiblemente 1 sesión no sea suficiente para conseguir el cambio.
La recomendación sería terminar el estudio para poder hacer la comparativa de los grupos y comprobar la efectividad de la intervención.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/191 ===== ***

Nº de registro: 0191

Título
USA LOS PIES CON CABEZA

Autores:
BITRIAN AISA PILAR, LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA, DE LOS SANTOS MARTINEZ GERDICA, ARESTE ALBA NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La diabetes mellitus es una enfermedad muy frecuente. La prevalencia en nuestro país oscila entre un 4% y un 6%. Un 15% de éstos desarrollará a lo largo de su vida problemas en sus pies. El pie diabético afectará a la actividad social, laboral y familiar del paciente y supone un coste elevado. Hasta un 10% de los casos que presentan problemas en los pies requieren ingresos hospitalarios o la amputación de la extremidad afectada.
Para lograr que los pacientes hagan prevención, es necesario que tengan conocimientos suficientes que les ayuden a integrar las acciones preventivas en su día a día, diversos estudios concluyen que es indispensable el empleo de la educación para la salud, con la finalidad de fortalecer la prevención y el control de los factores de riesgo, la identificación del pie de alto riesgo y la educación diabetológica dirigida a que las personas adopten de forma habitual y sistemática las normas elementales para el cuidado de sus pies y para el control. Por otro lado, existen diferentes estudios donde se concluye que la intervención educativa modifica favorablemente los hábitos de estos pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0191

1. TÍTULO

USA LOS PIES CON CABEZA

RESULTADOS ESPERADOS

Determinar el cambio de hábitos en el cuidado de los pies en agricultores diabéticos tipo 2, según si han recibido o no educación sanitaria, a los 6 meses de la intervención.

MÉTODO

- Cuestionario antes de la intervención y después de esta al grupo intervención.
- Intervención educativa de 1 sesión con una duración de 1 h y 30 minutos.
- Cuestionario antes del verano y después de este en el grupo control.

INDICADORES

- Resultados 2º cuestionario- resultados 1er cuestionario % mayor al 10%.
- Mediante el programa Epicat comprobaremos si la intervención es más efectiva en los pacientes para producir cambios que las medidas habituales

DURACIÓN

- Enero-Febrero 2018 creación de los grupos.
- Marzo- Abril intervenciones.
- Antes del verano y después de este cuestionario en grupo control.
- A los 6 meses de la intervención cuestionario grupo intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0316

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PAZ NAVARRO TAUSIET
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO MIGUEL MARIA PILAR
SENAR TENA MARIA ESTER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-"Prevención del Cancer de Cuello Uterino" Patricia Millánes,Matrona.
2-" Dislipemia" Isabel Domingo, MAP.
3- "Hipertensión arterial" Isabel Domingo,MAP.
4-"Diabetes" Isabel Domingo, MAP
5-"Salud mental" Paloma del Pino,Trabajadora Social.
6-"Cuidado del pie diabético" Nuria Aresté,EAP.
7-" Encuesta a paciente EPOC" Pilar Bitrian, EAP
8-" Atención al paciente Adolescente" Jonatan Fortit, MAP, Coordinador de C.S.Fraga.
9-"Cuando esta indicado hacer una Analítica de Sangre con PSA. Cambios ante aumento de falsos positivos" Paz Navarro, MAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como fortalezas adquiridas:

-sinergias con otros actores de la población a la que atendemos, en concreto con un medio de comunicación de prestigio local,que puedan permitir en un futuro un canal de información veraz con la población.
-descubrimiento de " talentos" de compañeras como comunicadoras en materia de salud

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Proyecto todavía en curso. En un primer momento se proyecto para hacerse 12 emisiones en un arco temporal de un año. Se comentó con la responsable en Radio Fraga pero sólo tenía cabida de Enero a Junio 2019.

7. OBSERVACIONES.

Como dificultades:

-se precisa un acuerdo de equipo en el Centro de Salud para cubrirnos entre nosotras durante la grabación de los episodios. Para evitar que haya menoscabo en la tarea asistencial en un contexto de una población grande que demanda atención y escasos recursos humanos, los cuales llevan a que estas actividades se releguen al voluntarismo de las profesionales (en algunos casos fuera de su jornada laboral con el desgaste personal que esto supone). En última instancia se precisa un apoyo efectivo en materia de recursos humanos por parte de la gerencia del Sector.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/316 ===== ***

Nº de registro: 0316

Título
PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

Autores:
NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, SENAR TENA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Inexistencia de un medio de comunicación entre comunidad y equipo de atención primaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0316

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

Utilizar la radio local como medio de difusión de programas y noticias puntuales de salud

RESULTADOS ESPERADOS

Llegar a la comunidad de una manera dinámica con mensajes para la prevención de enfermedades y promoción de la salud

MÉTODO

Intervenciones en directo en la radio sobre temas de salud de corta duración por diferentes profesionales del centro de salud

Mediante spots informativos de las diferentes campañas (sol sano dieta equilibrada gripe CCR citologías)

INDICADORES

Registro de las actividades realizadas

Objetivo de 12 intervenciones al año

DURACIÓN

Intervenciones de 5'-10'

Inicio para Septiembre 2018 sin fecha límite de finalización

Evaluación semestral mediante encuesta telefónica sobre el conocimiento de la actividad realizada

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0316

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD RADIOFÓNICA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PAZ NAVARRO TAUSIET
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO MIGUEL MARIA PILAR
SENAR TENA MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En un primer momento se proyectó para hacerse 12 emisiones en un arco temporal de un año. Se comentó con la responsable en Radio Fraga pero sólo tenía cabida de Enero a Junio 2019, en espacios de 5 a 10 minutos. Se han realizado 19 microespacios en Radio Fraga (frecuencia 107.7 FM) en 2019. Se puede acceder a través de la página de facebook de Radio Fraga a la descarga gratuita de los microespacios grabados con la aplicación IVOOX

<https://is.gd/Jn8uiw>

El contenido de los 19 microespacios :

- 1."Prevención del Cancer de cuello Uterino" Patricia Millanes, Matrona
- 2."Dislipemia" Isabel Domingo,MAP
- 3." Hipertensión arterial" Isabel Domingo,MAP
- 4."Diabetes" Isabel Domingo, MAP
- 5."Salud Mental" Paloma del Pino,Trabajadora social
- 6."Cuidado del pie diabético" Nuria Aresté,EAP
- 7."Encuesta al paciente EPOC" Pilar Bitrián,EAP
- 8."Atención al paciente Adolescente" Jonatan Fortil,MAP,Coordinador de Medicina.C.S. Fraga
- 9."Cuando esta indicado hacer una Analítica de Sangre con PSA.Cambios ante aumento de falsos positivos" Paz Navarro,MAP
- 10."La alimentación en el diabético y el método plato" Inés Navasa, EAP
- 11."Factores de Riesgo Cardiovascular" Jose Mª Llorente,EAP
- 12."Tabaquismo" Sofía Barco,EAP
- 13."Documento de Voluntades Anticipadas" Dolors Siscart, EAC
- 14."Insomnio" Begoña Gregori,MAP
- 15."Código Europeo contra el cancer" Carlos Boned
- 16."Lactancia" Alicia Royes,EAP,con colaboración de una miembro del grupo de lactancia de Fraga.
- 17."Signos y síntomas" Paz Rubio, MAP
18. "Protección frente al sol" Paz Rubio,MAP
- 19." Calendario Vacunal" Pilar Albás, EAP.Coordinadora de Enfermería. C.S.Fraga

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han superado número de intervenciones propuestas. Se ha realizado una encuesta entre las personas que han participado en las grabaciones preguntando motivación para participar en el proyecto, mejoras a realizar, valoración de la información para acceder al lugar,etc.Valoración positiva de la experiencia pero ha sido complicado a nivel de organización interna porque se trata de un centro con mucha presión asistencial. No se ha realizado encuesta telefónica posterior a los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para una mejor sostenibilidad del proyecto a largo plazo se ha planteado este año hacer un número inferior de microespacios, seis al año. Como punto a mejorar conseguir un método de evaluación de los microespacios por parte de la ciudadanía y de interacción con la misma.

No se ha realizado encuesta telefónica posterior a los pacientes. Cuando se redactó el proyecto se desconocía la situación de precariedad por falta de personal por la que pasaríamos meses después. Solicitamos que se tenga en cuenta y a partir de ahora se valore este proyecto en función de la adecuación en el número de emisiones en radio a las planificadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/316 ===== ***

Nº de registro: 0316

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0316

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD RADIOFÓNICA

Título
PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

Autores:
NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, SENAR TENA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Inexistencia de un medio de comunicación entre comunidad y equipo de atención primaria
Utilizar la radio local como medio de difusión de programas y noticias puntuales de salud

RESULTADOS ESPERADOS
Llegar a la comunidad de una manera dinámica con mensajes para la prevención de enfermedades y promoción de la salud

MÉTODO
Intervenciones en directo en la radio sobre temas de salud de corta duración por diferentes profesionales del centro de salud
Mediante spots informativos de las diferentes campañas (sol sano dieta equilibrada gripe CCR citologías)

INDICADORES
Registro de las actividades realizadas
Objetivo de 12 intervenciones al año

DURACIÓN
Intervenciones de 5'-10'
Inicio para Septiembre 2018 sin fecha límite de finalización
Evaluación semestral mediante encuesta telefónica sobre el conocimiento de la actividad realizada

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0644

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DELEAP DEL CS FRAGA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PAZ RUBIO MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SASO BOSQUE CRISTINA
GARCIA SANCHEZ SILVIA
MARIN FLORIA ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha solicitado los papeles para realizar la acreditación de la formación, en proceso de tramitación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido a los cambios de personal y a la falta de este no se ha podido terminar el proceso.
A pesar de ello, en el 1er trimestre del 2019 se está trabajando en ello, para poder tener la acreditación para el segundo semestre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La docencia no se ha dejado de hacer, pero no ha podido ser con acreditación. La recomendación es continuar trabajando en ello para conseguirla.

7. OBSERVACIONES.
Debido al cambio de personal, ha habido un cambio en la persona responsable del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/644 ===== ***

Nº de registro: 0644

Título
ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA

Autores:
GARCIA SANCHEZ SILVIA, RUBIO MARTINEZ MARIA PAZ, MARIN FLORIA ANA BELEN, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, SASO BOSQUE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología prevalente en la atención diaria
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Fraga en el ámbito de Calidad de la Docencia según la norma ISO en Atención Primaria.
-Unificación de criterios de protocolización de actuación en la actividad diaria para profesionales provenientes de diversos ámbitos (primaria, hospitalaria y otras CCAA) que forman el equipo de atención primaria del C.S. Fraga
-Necesidad del registro de la actividad docente y de la acreditación docente del C.S. Fraga

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la formación del profesional del C.S. Fraga en aras a una mejor atención del paciente en la atención primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0644

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DEDOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN ELMARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DELEAP DEL CS FRAGA

-Control de factores de riesgo cardio-vasculares de los pacientes
-Mejora de la atención comunitaria

MÉTODO

Sesiones formativas de actualización de los profesionales del C.S. Fraga sobre patologías prevalentes y de prevención en nuestro medio.

-Charlas de difusión en radio y medios de telecomunicación

INDICADORES

-Encuestas previas y posteriores a las sesiones de formación para evaluar el grado de mejora de los conocimientos de los asistentes. Objetivo a alcanzar: mejora superior al 70%.
-Resultados de mejora de la atención comunitaria tras la impartición de un taller de atención a la comunidad.
Indicador: encuestas previas y posteriores de los pacientes asistentes a los talleres.

DURACIÓN

Se realizarán 16 y 20 sesiones anuales de una hora de duración a realizar por los integrantes del equipo de atención primaria.
Se realizarán, así mismo, talleres comunitarios de apoyo, mínimo 1 al trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0644

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PAZ RUBIO MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONED IBOR CARLOS BLAS
MARIN FLORIA ANA BELEN
DOMINGO ARANDA MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza acreditación en docencia, no llegando a cumplir el calendario por la alta carga asistencial, cambios en la plantilla y falta de personal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha llevado a cabo la acreditación en el 2º semestre según objetivos, siguiendo los indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha mejorado la actividad asistencial de los profesionales gracias a la implementación de sesiones acreditadas y unificación de criterios clínicos dentro de los profesionales sanitarios del centro.

7. OBSERVACIONES.
Seguimos trabajando día a día por la mejora del equipo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/644 ===== ***

Nº de registro: 0644

Título
ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA

Autores:
GARCIA SANCHEZ SILVIA, RUBIO MARTINEZ MARIA PAZ, MARIN FLORIA ANA BELEN, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, SASO BOSQUE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología prevalente en la atención diaria
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Fraga en el ámbito de Calidad de la Docencia según la norma ISO en Atención Primaria.
-Unificación de criterios de protocolización de actuación en la actividad diaria para profesionales provenientes de diversos ámbitos (primaria, hospitalaria y otras CCAA) que forman el equipo de atención primaria del C.S. Fraga
-Necesidad del registro de la actividad docente y de la acreditación docente del C.S. Fraga

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la formación del profesional del C.S. Fraga en aras a una mejor atención del paciente en la atención primaria.
-Control de factores de riesgo cardio-vasculares de los pacientes
-Mejora de la atención comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0644

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA

MÉTODO

Sesiones formativas de actualización de los profesionales del C.S. Fraga sobre patologías prevalentes y de prevención en nuestro medio.

-Charlas de difusión en radio y medios de telecomunicación

INDICADORES

-Encuestas previas y posteriores a las sesiones de formación para evaluar el grado de mejora de los conocimientos de los asistentes. Objetivo a alcanzar: mejora superior al 70%.

-Resultados de mejora de la atención comunitaria tras la impartición de un taller de atención a la comunidad. Indicador: encuestas previas y posteriores de los pacientes asistentes a los talleres.

DURACIÓN

Se realizarán 16 y 20 sesiones anuales de una hora de duración a realizar por los integrantes del equipo de atención primaria.

Se realizarán, así mismo, talleres comunitarios de apoyo, mínimo 1 al trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE NATALIA BANDRES PARDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS GRAUS
· Localidad GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEGINO PEÑA VICTOR ENRIQUE
PUEYO GARCIA ROSA MARIA
EITO CATIVIELA JOSE LUIS
BUCHACA PARDO NURIA
AGUELO FLORIA MARCOS
PUENTE CIRIA JAVIER
ORDUNA NAVAS MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Impresión de listados de pacientes adscritos al programa 320(Atención al inmovilizado, dependiente y Terminal) en cada uno de los cupos, con el fin de cuantificar el número de cuidadores a los que ofertamos el blog.

-Determinación de criterios de inclusión para la oferta del blog y de exclusión, determinado como criterio de inclusión:

Cuidador de paciente inmovilizado/dependiente en domicilio familiar o contratado, que sea quien realice los cuidados directos en ABVDs o supervisión de las mismas, para la satisfacción de las Necesidades Humanas Básicas. Determinamos como criterio de exclusión a pacientes terminales, pacientes institucionalizados en residencias y aquellos cuyos cuidadores no tengan aptitudes para manejo del blog y/o no posean conexión a internet o dispositivo para hacerlo.

-Elaboración de hoja de registro Excel. Como método de registro de nombre y apellidos del paciente, fecha y oferta de blog, y motivo por el que no se oferta o se rechaza por parte del cuidador, I.Barthel en ese momento, sí la cuidadora es durante 24 h, si y tienen ayuda de cuidadora del Servicio Comarcal. Si el cuidador es un familiar se le entrega test de sobrecarga de Zarit.

-Valoración de pacientes en el domicilio utilizando el I de Barthel en el momento de presentación del blog y los ítems de la hoja de Excel.

-Durante el mes de Marzo a Julio diseño del blog, elección de contenidos, elección de Editor de páginas web gratuito y sencillo en su manejo.

-Presentación de trabajo realizado hasta el momento al EAP en reunión de equipo (junio 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos revisado la cobertura de la implementación de la oferta del blog en cada uno de los ocho cupos médicos del Centro de Salud de Graus. En este momento no es posible una evaluación ya que se empezó a ofertar a principios de septiembre de 2018 y precisamos más tiempo tanto para la oferta del mismo como para el manejo por parte de los cuidadores.

En los domicilios en los que conocen el blog valoran positivamente los contenidos y la facilidad de uso del blog. Observamos que en los domicilios que hay un PC o tablet es mucho mas sencillo que la visualización que en el móvil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-El equipo de trabajo valoramos adecuadamente el trabajo realizado, encontramos dificultades en la búsqueda de contenidos a nivel de soporte emocional al cuidador, y que les resulten útiles, ya que consideramos que la esfera Psicológica nos es más difícil de abordar. A nivel de cuidados enlazamos con documentos de la web del salud y videos de salud informa, así como escaneando de documentos editados por diferentes Servicios de Hospitales del Salud. (HCLB, H de Barbastro...)

-Creemos que es un proyecto en desarrollo, hemos estado en contacto con personal de recursos humanos de la Comarca de la Ribagorza para que también lo conozcan las cuidadoras comarcales que acuden a los domicilios a realizar la ayuda en los cuidados, y creemos que podría publicitarse a otras zonas básicas de Salud para apoyo en el programa de Atención a pacientes Inmovilizados y Dependientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1126 ===== ***

Nº de registro: 1126

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Título
GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Autores:
BANDRES PARDO NATALIA, MEGINO PEÑA VICTOR ENRIQUE, PUEYO GARCIA ROSA MARIA, EITO CATIVIELA JOSE LUIS, BUCHACA PARDO NURIA, AGUELO FLORIA MARCOS, PUENTE CIRIA JAVIER, ORDUNA NAVAS MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Trás taller realizado en 2017 con cuidadores de la ZBS de Graus, se observó que aunque el porcentaje de participación es elevado (80%), el desplazamiento hasta el centro y la usencia del domicilio fueron algunos aspectos que tuvieron una valoración negativa.
Se propone como nuevo proyecto la realización de un blog que permita una una plataforma de información con los cuidadores y enlaces a otros lugares de interes tanto para el cuidado de su familiar como el propio autocuidado.

RESULTADOS ESPERADOS
- Creación de un blog con información elegida por los componentes del equipo de trabajo.
- Potenciar el uso de esta herramienta en las visitas programadas a los domicilios.
- Aumento de conocimientos y aptitudes en el cuidado
-Disminución de sentimiento de dudas e inseguridad en los cuidadores.
-Disminución de sobrecarga en el cuidador

MÉTODO
- Presentación al EAP del Centro el Proyecto (objetivos, valores..)
-Obtención de listados de cartera de servicios de Inmovilizados y Dependientes de ZBS de Graus.
- Definir criterios de inclusión de los cuidadores (aptitudes físicas y posibilidades técnicas..tener acceso a internet... dispositivo para conexión.....)
-Selección de test valoración sobrecarga del cuidador.
-Enseñanza al EAP del Blog, ruta de conexión al mismo para la transmisión de esta información a los cuidadores/familiares.(3 sesiones)
-Creación de encuesta de evaluación de uso de blog para cuidadores .
-Creación de encuesta evaluación por cupos del EAP de oferta del blog.

INDICADORES
- Porcentaje de cuidadores a los que se ha enseñado el manejo del Blog en el domicilio <50 - 80 %
-Porcentaje de cuidadores que han valorado positivamente la información y han incorporado técnicas / recursos materiales para mejorar el cuidado < 40 - 80%
-Porcentaje de reducción de nivel de sobrecarga valorado según test elegido / nivel de calidad de vida

DURACIÓN
-Presentación de Proyecto al EAP (Mayo 2018)
-Obtención listados de Servicio de Inmovilizados y Dependientes(Junio18)-
-Creación de criterios de inclusión de cuidadores(junio 2018)
-Blog realizado y disponible para ser ofertado en Internet(Agosto 2018)
-Enseñanza del manejo en domicilios a cuidadores (Agosto, Sept, Oct, Nov, 2018)
-Pasar encuestas de evaluación a cuidadores y componentes del EAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS : CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE NATALIA BANDRES PARDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS GRAUS
· Localidad GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEGINO PEÑA VICTOR ENRIQUE
PUEYO GARCIA ROSA MARIA
EITO CATIVIELA JOSE LUIS
BUCHACA PARDO NURIA
ORDUNA NAVAS MARIA
AGUELO FLORIA MARCOS
SUSIN LORES JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras las actividades descritas en la memoria de seguimiento de 2018; entre ellas: configuración de los listados por cupos sanitarios, de pacientes adscritos al Programa de Inmovilizados y Dependientes (320), y elaboración de los criterios de inclusión y exclusión de ofrecimiento de la página web a los cuidadores, desde el grupo de trabajo se llevó a cabo una evaluación del desarrollo del proyecto de la página web <https://centrosaludgraus.wixsite.com/cuidadores>, creada entre los meses de Agosto a Noviembre de 2018. En dicha evaluación, se evidenció que el Indicador que nos habíamos fijado de número de cuidadores instruidos/total de pacientes incluidos en los listados del servicio 320-pacientes Inmovilizados y Dependientes x 100; fue de un 40.26 %.

A su vez, tras una reunión con el Equipo de Atención Primaria se decide incluir este proyecto en el Acuerdo de Gestión del Centro de Salud y así conseguir la implicación de todos los profesionales del centro, ya que permite una mayor eficiencia en el seguimiento y cuidados dirigidos a pacientes Inmovilizados y Dependientes por parte de quienes los atienden tanto en domicilio como en la consulta del centro de Salud.

A través de la aplicación gratuita Wix.com, hemos creado la página web <https://centrosaludgraus.wixsite.com/cuidadores>, elegida también por su facilidad a la hora del diseño y del posterior manejo por el usuario. Puede configurarse en versión para el ordenador y/o Smartphone, desarrollando principalmente la versión para móvil que es la vía de acceso mayoritaria a la nuestra página. La página web se ofrece tanto por el personal de medicina o personal de enfermería en cualquier visita domiciliaria y se enseña a directamente a conectarse en la página a los cuidadores de los pacientes, siempre que tengan dispositivo móvil con conexión a internet y aptitudes básicas en el manejo (siendo este uno de los criterios de inclusión).

La página web se estructura comenzando con una presentación a través de una fotografía del EAP de Graus y una introducción de los objetivos de esta iniciativa, junto con una explicación sencilla sobre cómo manejarse dentro de esta web a través de un menú flotante. Éste permite acceder a los diferentes contenidos en diferentes pestañas; sobre alimentación (pirámide de alimentos, tipos, necesidades nutricionales, atención y cuidados en la disfagia...), guías visuales del cuidador editadas por el SALUD y enlaces a campañas del SALUD como la Gripe 2019/2020, (video diferenciación gripe/resfriado) y la recomendación de vacunación, Anciano y calor, correcta higiene de manos, prevención de úlceras por presión, cambios posturales y una pestaña que llamamos "El rincón del cuidador" donde tratamos temas del autocuidado del cuidador y soporte emocional a través de cuentos, fotografías...etc.. Otra de las pestañas es la que permite enviar sugerencias a través de correo electrónico por parte de los cuidadores a los profesionales que realizan la página, de modo que hay una comunicación directa .

Como se van incluyendo nuevos temas y pestañas dentro de la página web se decide crear una carpeta llamada "Cuidadores" dentro del archivo común del centro, ya que de este modo queda allí guardada toda la documentación/información/recursos que se publica en la página web y también el registro de los pacientes a los que estamos ofreciendo la conexión. Se acordó que ante un cuidador que tenga dificultad para acceder a la página web, por diferentes causas, se le proporcionen los contenidos de dicha página web en papel. Se creó también una hoja que se da al cuidador, donde consta tanto la dirección de la página web para ponerla en el navegador y poder llegar a ella, como una foto del contenido de la portada de nuestra página.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez realizada la evaluación del desarrollo del proyecto en el 2018 y ver que no se ha conseguido como resultado el estándar fijado, se decide implementar la publicidad y aumentar el conocimiento de esta página web colocando un cartel explicativo e informativo, en el tablón de anuncios situado en el pasillo principal del Centro de Salud, así como incidir en una mejora de la comunicación profesional/cuidador para hacer su uso más extensivo. A fecha 20 de Enero de 2020, todos los profesionales aportan los resultados de su cupos, con lo que se obtenemos un porcentaje de cobertura en la implantación del recurso del 60 % . Desde la primera evaluación en febrero de 2019 se ha aumentado un 20%. El estándar fijado fue que el 80% de los cuidadores de pacientes dependientes e inmovilizados conozcan la página web creada.

Todos los cuidadores que se han instruido en el uso de la página web y la han utilizado, hacen una valoración positiva, aunque perciben como una debilidad la forma de acceso, ya que al no tener un dominio propio, se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS : CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

ralentiza la conexión y el uso, lo cual se intensifica en las poblaciones con peor acceso a internet rural. Desde la Dirección de enfermería del Sector se nos ha facilitado comunicación con el servicio de Informática para solventar este asunto.
Se ha mantenido a su vez una comunicación con la persona responsable de la Comarca de la Ribagorza del área de ayuda a domicilio, enviándole el enlace a la página web para que lo pueda divulgar entre los trabajadores de Ayuda a Domicilio a su cargo y tengan acceso al recurso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

. A partir de febrero de 2019 se han mantenido 4 reuniones del equipo de trabajo en las que se valora y analiza el trabajo realizado hasta el momento. Cabe destacar que fuera de estas reuniones, en el día a día, la comunicación entre los miembros del equipo ha sido muy fluida y la aportación de contenidos ha sido más rápida a través de grupo de Whatsapp creado para este fin.
Se han ampliado los contenidos relativos al soporte emocional del cuidador, cuando en una valoración previa se supuso que eran más difíciles de abordar, el resultado a sido satisfactorio, a través de cuentos, textos, imágenes... en definitiva recursos sencillos pero efectivos.
En el centro se ha creado un grupo de trabajo de Atención Comunitaria y se ha incluido la página web en la Agenda Comunitaria.
En todos los cupos sanitarios se ha llevado a cabo una revisión del Programa del Inmovilizado y Dependiente, lo cual ha supuesto una mejora en la inclusión de pacientes al mismo, valoración a través de la escalas de dicho programa y que a su vez permite una mejor identificación de las necesidades de los pacientes y sus cuidadores, en definitiva una mejora en su atención.
En una discusión de grupo vemos que es factible y operativo mantener esta página web en el trabajo habitual ya que en estos dos años, desde su creación, el manejo es sencillo, y la aportación de información se genera desde las necesidades sentidas y verbalizadas por los cuidadores, en el día a día. Los usuarios/cuidadores también aportan sugerencias en la página web a través de una pestaña creada para este fin. Se incluyó un contador de visitas y a fecha 30 de Enero de 2020 se han contabilizado 916.
Se ha iniciado el taller "Cuidarte" en la Zona Básica de Salud por parte de la Comarca. Por parte de las Trabajadoras Sociales y tras reunión conjunta se han propuesto al que algún miembro del equipo de trabajo vaya a una sesión para dar a conocer la página web.
Semanalmente se revisa el correo donde se vuelcan las sugerencias de los cuidadores/usuarios y se ha establecido que mensualmente se incluirán nuevos contenidos para favorecer el dinamismo y que sea una página actualizada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1126 ===== ***

Nº de registro: 1126

Título
GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Autores:
BANDRES PARDO NATALIA, MEGINO PEÑA VICTOR ENRIQUE, PUEYO GARCIA ROSA MARIA, EITO CATIVIELA JOSE LUIS, BUCHACA PARDO NURIA, AGUELO FLORIA MARCOS, PUENTE CIRIA JAVIER, ORDUNA NAVAS MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Trás taller realizado en 2017 con cuidadores de la ZBS de Graus, se observó que aunque el porcentaje de participación es elevado (80%), el desplazamiento hasta el centro y la usencia del domicilio fueron algunos aspectos que tuvieron una valoración negativa.
Se propone como nuevo proyecto la realización de un blog que permita una una plataforma de información con los cuidadores y enlaces a otros lugares de interes tanto para el cuidado de su familiar como el propio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS : CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

autocuidado.

RESULTADOS ESPERADOS

- Creación de un blog con información elegida por los componentes del equipo de trabajo.
- Potenciar el uso de esta herramienta en las visitas programadas a los domicilios.
- Aumento de conocimientos y aptitudes en el cuidado
- Disminución de sentimiento de dudas e inseguridad en los cuidadores.
- Disminución de sobrecarga en el cuidador

MÉTODO

- Presentación al EAP del Centro el Proyecto (objetivos, valores..)
- Obtención de listados de cartera de servicios de Inmovilizados y Dependientes de ZBS de Graus.
- Definir criterios de inclusión de los cuidadores (aptitudes físicas y posibilidades técnicas..tener acceso a internet... dispositivo para conexión.....)
- Selección de test valoración sobrecarga del cuidador.
- Enseñanza al EAP del Blog, ruta de conexión al mismo para la transmisión de esta información a los cuidadores/familiares.(3 sesiones)
- Creación de encuesta de evaluación de uso de blog para cuidadores .
- Creación de encuesta evaluación por cupos del EAP de oferta del blog.

INDICADORES

- Porcentaje de cuidadores a los que se ha enseñado el manejo del Blog en el domicilio <50 - 80 %
- Porcentaje de cuidadores que han valorado positivamente la información y han incorporado técnicas / recursos materiales para mejorar el cuidado < 40 - 80%
- Porcentaje de reducción de nivel de sobrecarga valorado según test elegido / nivel de calidad de vida

DURACIÓN

- Presentación de Proyecto al EAP (Mayo 2018)
- Obtención listados de Servicio de Inmovilizados y Dependientes(Junio18)-
- Creación de criterios de inclusion de cuidadores(juni0 2018)
- Blog realizado y disponible para ser ofertado en Internet(Agosto 2018)
- Enseñanza del manejo en domicilios a cuidadores (Agosto, Sept, Oct, Nov, 2018)
- Pasará encuestas de evaluación a cuidadores y componentes del EAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0051

1. TÍTULO

CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA GRACIA MARCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAFORTUNADA
· Localidad LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNUES SANZ GUILLERMO
GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ
GARCIA SEGURA ENRIQUETA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Realizacion de tres sesiones clinicas del EAP para informar de la puesta en marcha del proyecto y su seguimiento.
- Elaboracion de un archivo, con las correspondientes hojas de informacion al paciente para la preparacion de cada prueba radiologica especifica. Acceso informatico en : comun - no iso - preparacion paciente pruebas radiologicas.
- Diseño del procedimiento operativo de la citacion: desde su solicitud, instrucciones de la preparacion, citacion, realizacion e informe recibido.
El cumplimiento del cronograma de ha ido adaptando a las nuevas incorporaciones de personal

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alcanzado ha superado el standard, con los datos indirectos explotados.

La fuente de los resultados alcanzados, ha sido la emision de los correspondientes informes de las pruebas solicitadas en HCE. Sin mas datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Aplicar la metodologia de citacion escrupulosamente, en todos los casos q se pueda, ya q no siempre hay agendas disponibles en el momento de solicitud de la prueba.
- Actualizar periodicamente las novedades en las citaciones y preparaciones.
- Como impacto del proyecto resultaria util un canal de comunicacion directo desde radiologia del hospital con el CSalud para la trasmision de las incidencias acahecidas en los casos concretos. Con el fin de mejorar el proceso.
- Podria constituirse como PO (procedimiento operativo ISO) del sector.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/51 ===== ***

Nº de registro: 0051

Título
CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA

Autores:
GRACIA MARCO MARIA, BERNUES SANZ GUILLERMO, RUIZ ALMENARA VALENTIN, GARCIA SEGURA ENRIQUETA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: varias
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0051

1. TÍTULO

CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA

La creación de nuevas agendas en AP para la citación de pruebas radiológicas en el servicio de radiología del H Barbastro, requiere de la asignación horaria indicada, así como de la información al paciente sobre la correcta preparación para la realización de la prueba radiológica. Las mejores condiciones del paciente, repercutirán en la mayor calidad de las imágenes, facilitando la correcta interpretación de las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana será : todos aquellos pacientes del CS que se les solicite una prueba radiológica de imagen en el H Barbastro y en el CE Monzón.

1. Objetivo general:

- Todas las citas de las pruebas radiológicas citadas desde AP constarán del : volante de solicitud, del documento de la cita y de la hoja de preparación de la prueba específica.

2. Objetivo Específico:

- El profesional que entregue la documentación de la cita radiológica al paciente, deberá de informar exhaustivamente del lugar, día y hora así como de la correcta preparación a realizar previamente a la prueba.
- Educar a los paciente sobre la importancia de su implicación en el proceso para la consecución exitosa de los resultados de las pruebas.

MÉTODO

- En sesión de EAP informar a todos los profesionales del CS de la nueva oferta de servicio desde AP y su correcta realización.

- Diseñar un proceso operativo de citación a radiología desde AP.

- Elaborar un archivo con las hojas de preparación de cada prueba radiológica con la información escrita a los pacientes. El acceso en -común-no iso en todos los ordenadores de los profesionales del CS.

INDICADORES

- N° de pruebas radiológicas citadas en AP y realizadas correctamente/N° pruebas radiológicas citadas en AP x 100

- N° pruebas radiológicas citadas en AP y no realizadas/N° pruebas radiológicas citadas en AP x 100

- Registro de incidencias en el procedimiento operativo de citación de pruebas radiológicas.

Fte datos. OMI buzón de Ordenes clínicas pendientes, donde se reciben los resultados de las OC solicitadas

DURACIÓN

Comienzo: 1 marzo 2018. Finalización 31 diciembre 2018

Cronograma:

Marzo : Sesión de EAP presentando el proyecto a los profesionales.

Abril: Diseño del Procedimiento operativo

Mayo: Inicio de las acciones

Junio: Monitorización del proceso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1459

1. TÍTULO

GESTION DE ANALITICAS

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE FERRER SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MEQUINENZA
· Localidad MEQUINENZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ REQUENA ANGEL
JUAREZ CASTELLO PILAR
MENDOZA ESCUER INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
peticiones analíticas por map o enfermera cupo, peticiones realizadas según programas OMI, ajustar peticiones especialistas a peticiones map en items y tiempo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Sin tener cifras exactas es difícil valorar los resultados, seguiremos con este mismo sistema. pendiente de resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por una parte el que todas las analíticas tengan que pasar por map es una sobrecarga de trabajo para los mismos, por otra es una manera de tener mayor nº de analíticas realizadas sin necesidad de hacer múltiples extracciones al mismo paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1459 ===== ***

Nº de registro: 1459

Título
GESTION DE ANALITICAS

Autores:
FERRER SANZ MARIA JOSE, GOMEZ REQUENA ANGEL, JUAREZ CASTELLO PILAR, MENDOZA ESCUER INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MEQUINENZA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado un aumento considerable en el número de extracciones analíticas, por un aumento en los días de espera, también analíticas repetidas en poco tiempo al mismo paciente solicitadas por diferentes profesionales, esto supone un gasto en recursos y una mala asistencia a los pacientes por repetición de pruebas.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir en número de analíticas, haciendo que toda petición sea gestionada a través de médico/enfermera de cupo, para adaptarla también a los programas en los que se incluye al paciente. Esta actuación está dirigida a toda la población mayor de 14 años de la ZBS.

MÉTODO
- Desde admisión toda analítica de especialista deberá ser dirigida a profesionales cupo.
- Toda analítica deberá ser solicitada teniendo en cuenta no solo el programa en que se incluye el paciente sino también las posibles revisiones médicos especialistas.
- En reuniones EAP se habla, se decide y se repasa este plan.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1459

1. TÍTULO

GESTION DE ANALITICAS

INDICADORES

nº analíticas 2018/ nº analíticas 2017.

Valorar la disminución del nº analíticas: valores a alcanzar 20% menos.

DURACIÓN

Desde 1 junio 2018 a 31 diciembre 2018.

Revisiones mensuales en reuniones EAP para valorar el desarrollo del proyecto y la dificultad que supone.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0454

1. TÍTULO

PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE JOSE LUIS PEREZ ALBIAC
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALASTRUE PINILLA CARMEN
CARRION PAREJA ROSA
LERIS OLIVA JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
se han hecho 4 sesiones de casos clinicos de pacientes reales comentados y una sesion de revision bibliografica sobre metodologìa, y principios de Ariadna

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
los profesionales del EAP han compartido experiencias y han aprendido manejojotanto clinico como de registro OMI AP sobre este tema

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
es muy importante poner en comun experiencias y compartir errores y aciertos

7. OBSERVACIONES.
acabamos este año con 2 casosclinicos mas hasta completar los seis cupos, uno por cupo, antes de mayo 2019

*** ===== Resumen del proyecto 2018/454 ===== ***

Nº de registro: 0454

Título
PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO (PCC)

Autores:
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, ALASTRUE PINILLA CARMEN, CARRION PAREJA ROSA MARIA, LERIA OLIVA JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
es un objetivo estrategico del SALUD el desarrollo de unidades de continuidad asistencial para estos pacientes, en los sectores coordinando atencion primaria y atencion hospitalaria

el eap monzon rural es piloto del inicio del programa de atencion al paciente cronico complejo en Aragón.

La zona de salud tiene adscritos muchos pacientes de este tipo, en el contexto de una poblacion envejecida, con un 30% aproximado de pacientes mayores de 65 años

RESULTADOS ESPERADOS
mejorar la capacitacion de los profesionales de LEAP en la atencion a este tipo de pacientes.
conocer los criterios de identificacion del PCC.
Aprender y adiestrarse en utilizar las herramientas OMI para el seguimiento del PCC.

MÉTODO
deteccion de caso que cumplan criterios de inclusion desde las consultas de medicina y enfermeria.
Realizacion de 5 sesiones dirigidas a la revision de uno o más historias clinicas de pacientes reales, uno de cada cupo (ya se revisó un cupo en 2017).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0454

1. TÍTULO

PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENT CRONICO COMPLEJO

Discusion conjunta en la sesion contando con las aportaciones de todos los profesionales del plan de actuacion mas recomendable a seguir en dichos pacientes, siguiendo elesquema propuesto en OMI, planes personales.

INDICADORES

- numero de pacientes detectados./ total esperado (objetivo 30%)
- numero de sesiones clinicas dedicadas a este tema realizadas a 31 de dic 2018 (objetivo=5).
- numero de pacientes trabajados en sesion clinica (objetivo= 5).
- numero de cupos de medicina con paciente revisados

DURACIÓN

deteccion de pacientes hasta 30 de diciembre 2018.

relaizacion de sesiones de septiembre a diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0932

1. TÍTULO

TRIAJE DE CONSULTAS INDEMEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE YOLANDA BORDAS BUIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON URBANO
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAFRAGÜETA PUENTE BELEN
GUEVARA LOPEZ TERESA
VAZQUEZ FERNANDEZ JAQUELINE
LANAU FIERRO YOLANDA
PABLO CASADO ARTURO
FOJ JIMENEZ ERIKA
BARRANCO OBIS MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Octubre de 2018 se puso en marcha un protocolo de triaje que implica al personal administrativo, que es el que recoge todas las consultas indmemorables que se demandan de 8 a 15 horas.

Si el motivo de consulta es administrativo (bajas, recetas,...) se les oferta la primera hora libre de la agenda de su médico.

Si el motivo de consulta es clínico se citan en la agenda de enfermería como "CONSULTA INDEMEMORABLE". Es el personal de enfermería el que establece la prioridad de esa demanda en base a criterios clínicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se planteó la primera evaluación de resultados para Octubre de 2019, es decir, un año después de la puesta en marcha del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De todas formas deberemos replantearnos la evaluación de resultados, ya que precisamente desde Octubre de 2018 contamos con una consulta de rebosamiento, en la que se atienden los problemas de salud que no pueden esperar hasta la cita ofertada en la agenda de su MAP.

Esto ha disminuido el número de indmemorables que se ven cada mañana en las consultas de Atención Primaria. Deberíamos enfocar más la evaluación de resultados en la variación de los días de lista de espera necesarios para ser atendidos por el médico de Atención Primaria, que deberían haberse reducido

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/932 ===== ***

Nº de registro: 0932

Título
TRIAJE DE CONSULTAS INDEMEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

Autores:
BORDAS BUIL YOLANDA, LAFRAGUETA PUENTE BELEN, GUEVARA LOPEZ TERESA, VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE, LANAU FIERRO YOLANDA, PABLO CASADO ARTURO, FOJ JIMENEZ ERIKA, BARRANCO OBIS MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Centro de Salud Monzón Urbano se caracteriza por tener unas cifras de consulta a demanda diarias muy elevadas, lo que ocasiona que haya muchos días de lista de espera para que el paciente pueda ser visto por su médico de Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0932

1. TÍTULO

TRIAJE DE CONSULTAS INDEMEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

En concreto, de los 9 médicos titulares de adultos adscritos al Centro de salud, uno de ellos acumulaba en la semana 16 11 días de lista de espera, en dos cupos 7 días, y en otros 2, 6 días, de lo que se deduce que más de la mitad de la población adulta asignada a este centro tiene que esperar una semana para ver atendido un problema de salud. Estos datos son extrapolables también a las consultas de pediatría. Como consecuencia de esto, todos los días hay un elevado número de consultas indemorables en la franja horaria de la mañana. Esto conlleva una gran presión asistencial y va en relación inversa a la calidad de la asistencia prestada

RESULTADOS ESPERADOS

Se persigue con este proyecto mejorar la calidad asistencial organizando las citas indemorables en base a motivos de consulta o criterios clínicos, de forma que no sea el paciente quien decida el tiempo de demora para ser atendido según el grado de "urgencia percibida", sino el personal sanitario, de acuerdo con un protocolo establecido que mida la "urgencia real"

MÉTODO

Se pretende que todas las consultas indemorables que se generen entre las 8 de la mañana y las 15 horas, pasen por un proceso de triaje que comenzaría en el servicio de admisión, como puerta de entrada al sistema sanitario, y continuaría en las consultas de enfermería de cada equipo de atención primaria. De esta forma, y en base a un protocolo por definir, se clasificaría el motivo de consulta de cada paciente en 4 estadios de gravedad, que condicionarían el tiempo de espera para recibir atención. En una segunda fase se implementaría el mismo sistema de triaje en Atención Continuada, de modo que se organice la asistencia en base a criterios clínicos.

INDICADORES

Como primer paso haremos un balance cuantitativo del número de consultas indemorables que se atienden en un periodo de tiempo determinado y seguidamente estableceremos el protocolo de triaje atendiendo al tipo de consulta (burocrática o clínica) y a la potencial gravedad de la misma.
-Número de indemorables atendidos en consulta médica en 2017-nº de indemorables atendidos en el mismo periodo de 2018.
-Días de espera para ser visto por el médico de AP en 2017-días de espera para ser visto por el médico de AP en el mismo periodo de 2018

DURACIÓN

Nos planteamos la puesta en marcha del proyecto en el mes de Octubre de 2018. La primera evaluación de resultados se llevaría a cabo al año de comenzado el proyecto, cuantificando la diferencia existente entre ambos periodos en cuanto al número de consultas indemorables y a la variación de los días de lista de espera necesarios para ser atendidos por el médico de Atención Primaria

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ELENA CAMARA ABON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOTIS MONTES GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Mayo de 2018 se informó al resto del equipo del proyecto a realizar y nos pusimos en contacto con el colegio San Miguel de Tamarite de Litera. Contactamos con SARES donde nos informaron de distintas estrategias para realizar los talleres.

En Junio de 2018 elaboramos la encuesta alimentaria. Programamos conjuntamente con el colegio la primera reunión ya comenzado el curso escolar 2018-2019.

En Noviembre de 2018 acudieron los alumnos de 2º de primaria al centro de salud donde realizamos un taller de promoción de la salud y alimentación saludable, con actividades para los niños donde dimos a conocer también la actividad que realizamos diariamente en el centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto al indicador : número de niños de 2º primaria que acuden a los talleres/ número total de niños de 2º primaria: acudieron el 100% de los niños a la primera sesión. (El estándar que se esperaba alcanzar era del 95%) Como todavía no hemos realizado la segunda sesión no podemos valorar el segundo indicador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El taller realizado en el centro de salud tuvo muy buena acogida por parte del colegio y de los niños. La encuesta alimentaria es fácil de rellenar. Los niños son muy receptivos a la información que podemos aportar desde el sistema sanitario, por lo que nos parece interesante poder terminar este proyecto con buenos resultados y a raíz de éste elaborar nuevas estrategias de educación sanitaria en esta población diana.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/552 ===== ***

Nº de registro: 0552

Título
DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Autores:
CAMARA ABON ELENA, MOTIS MONTES GABRIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En esta época de aceleración y prisas, en ocasiones los niños van al colegio con un mínimo desayuno, que en ocasiones es escaso o no adecuado. Además, los alimentos que toman en almuerzo, a menudo distan de ser saludables. Por otro lado, una dieta equilibrada y sana, es primordial para asegurar un aporte adecuado de nutrientes en este periodo de desarrollo, crecimiento y aprendizaje.

En las revisiones del niño sano de los nueve años, con bastante frecuencia apreciamos un desequilibrio nutricional por exceso no presente en la revisión anterior (6 años).

Este aumento del IMC del niño, podría ser debido a la falta de buenos hábitos alimentarios.

A partir de este proyecto, se pretende en primer lugar objetivar y posteriormente mejorar la adecuación de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

los hábitos alimentarios en los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera, edad en la que ellos mismos poseen capacidad de decisión, aprendizaje e instauración de correctos hábitos higiénico dietéticos. Se hará hincapié en potenciar un desayuno saludable.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Conocer los hábitos dietéticos de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.
- 2.- Orientar sobre la mejor forma de alimentarse e informar sobre las repercusiones que una alimentación de baja calidad puede suponer en el rendimiento escolar y en el mantenimiento de la salud.
- 3.- Mejorar los hábitos alimentarios en el desayuno-almuerzo de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.

MÉTODO

Al inicio del proyecto, se realizará una sesión informativa sobre del Proyecto a todos los miembros del centro de salud.

Mediante una encuesta, se recogerá información sobre los hábitos alimentarios de los niños de Tamarite de Litera que cursan 2º y 3º de Primaria, focalizándose en el desayuno-almuerzo. La misma encuesta, reflejará los alimentos que los niños han portado ese día a las aulas como almuerzo.

Posteriormente, y en colaboración con el colegio, se realizarán diferentes talleres sobre dieta sana en los que los niños aprenderán a través del juego, sobre los alimentos saludables, los que no lo son, así como a elaborar sus propios menús de desayunos saludables.

Finalizados los talleres, se realizará de nuevo la encuesta inicial para comparación de resultados.

INDICADORES

Numerador: nº de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite que acuden a los talleres.

Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite.

El estándar que se espera alcanzar es: > 95%

Numerador: niños de 2º y 3º de Primaria que siguen un almuerzo saludable al finalizar los talleres.

Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria que acuden a los talleres

El estándar que se espera alcanzar es: incremento de 20% respecto al resultado de la primera encuesta.

Con estos indicadores valoraremos el porcentaje de éxito obtenido con los talleres.

DURACIÓN

Mayo de 2018:

Sesión informativa del Proyecto al personal del centro de salud y al colegio de Tamarite.

Elaboración de la encuesta alimentaria.

Elaboración de panfletos/pegatinas.

Contacto con SARES para solicitar préstamo de material para los talleres.

Junio de 2018:

Encuesta alimentaria a los niños.

Taller 1.- Grupos de alimentos y dieta equilibrada.

Reparto de panfletos/pegatinas.

Octubre de 2018:

Taller 2.- Preparando un desayuno saludable.

Diciembre de 2018:

Encuesta alimentaria a los niños.

Enero de 2019:

Sesión informativa/formativa a los padres y AMPA con principales resultados encontrados. Refuerzo positivo.

Presentación de resultados a los compañeros del centro de salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA CAMARA ABON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOTIS MONTES GABRIEL
JANER SUBIAS ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Mayo de 2018 se informó del proyecto arealizar al equipo de nuestro centro de salud, y nos pusimos en contacto con el colegio San Miguel de Tamarite de Litera. Contactamos con SARES donde nos informaron de distintas estrategias para realizar los talleres.

En Junio de 2018 elaboramos la encuesta alimentaria. Programamos conjuntamente con el colegio la primera reunión ya comenzado el curso escolar 2018-2019.

En Noviembre de 2018 acudieron los alumnos de 2º de primaria al centro de salud donde realizamos un taller de promoción de la salud y alimentación saludable, con actividades para los niños donde dimos a conocer también la actividad que realizamos diariamente en el centro de salud.

En marzo 2019, se realizó la encuesta alimentaria para pasar a los alumnos de 2º y 3º Primaria donde se refleja su edad, la comida y bebida que llevan al colegio como parte de su desayuno, y en qué consistía el desayuno de su casa.

Dados los cambios de personal en el centro de salud, todavía estamos pendientes de continuar en el desarrollo del proyecto.: contacto con el colegio para programar la realización de 2 talleres a lo largo de este año 2020: 1) grupos de alimentos y dieta equilibrada, y 2) preparando un desayuno saludable.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº niños de 2º primaria que acuden a la sesión en el centro de salud / número total de niños de 2º primaria (95%): acudieron el 100% de los niños a la primera sesión.

Proyecto en desarrollo, pendiente de valorar el resto de indicadores:

-Nº niños de 2º y 3º de primaria que siguen un almuerzo saludable al inicio de los talleres / Nº total de niños de 2º y 3º primaria que acuden a los talleres (50%).

- Nº niños de 2º y 3º de primaria que siguen un almuerzo saludable tras los talleres / Nº total de niños de 2º y 3º primaria que acuden a los talleres (70 %).

El estándar que se espera alcanzar es: incremento de 20% respecto al resultado de la primera encuesta.

Con estos indicadores valoraremos el porcentaje de éxito obtenido con los talleres.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El taller realizado en el centro de salud tuvo muy buena acogida por parte del colegio y de los niños. La encuesta alimentaria es fácil de rellenar por los propios niños. Los niños son muy receptivos a la información que podemos aportar desde el sistema sanitario, por lo que nos parece interesante poder terminar este proyecto con buenos resultados y a raíz de éste elaborar nuevas estrategias de educación sanitaria en esta población diana.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/552 ===== ***

Nº de registro: 0552

Título
DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Autores:
CAMARA ABON ELENA, MOTIS MONTES GABRIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En esta época de aceleración y prisas, en ocasiones los niños van al colegio con un mínimo desayuno, que en ocasiones es escaso o no adecuado. Además, los alimentos que toman en almuerzo, a menudo distan de ser saludables. Por otro lado, una dieta equilibrada y sana, es primordial para asegurar un aporte adecuado de nutrientes en este periodo de desarrollo, crecimiento y aprendizaje. En las revisiones del niño sano de los nueve años, con bastante frecuencia apreciamos un desequilibrio nutricional por exceso no presente en la revisión anterior (6 años). Este aumento del IMC del niño, podría ser debido a la falta de buenos hábitos alimentarios. A partir de este proyecto, se pretende en primer lugar objetivar y posteriormente mejorar la adecuación de los hábitos alimentarios en los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera, edad en la que ellos mismos poseen capacidad de decisión, aprendizaje e instauración de correctos hábitos higiénico dietéticos. Se hará hincapié en potenciar un desayuno saludable.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Conocer los hábitos dietéticos de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.
- 2.- Orientar sobre la mejor forma de alimentarse e informar sobre las repercusiones que una alimentación de baja calidad puede suponer en el rendimiento escolar y en el mantenimiento de la salud.
- 3.- Mejorar los hábitos alimentarios en el desayuno-almuerzo de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.

MÉTODO

Al inicio del proyecto, se realizará una sesión informativa sobre del Proyecto a todos los miembros del centro de salud. Mediante una encuesta, se recogerá información sobre los hábitos alimentarios de los niños de Tamarite de Litera que cursan 2º y 3º de Primaria, focalizándose en el desayuno-almuerzo. La misma encuesta, reflejará los alimentos que los niños han portado ese día a las aulas como almuerzo. Posteriormente, y en colaboración con el colegio, se realizarán diferentes talleres sobre dieta sana en los que los niños aprenderán a través del juego, sobre los alimentos saludables, los que no lo son, así como a elaborar sus propios menús de desayunos saludables. Finalizados los talleres, se realizará de nuevo la encuesta inicial para comparación de resultados.

INDICADORES

Numerador: nº de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite que acuden a los talleres.
Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite.
El estándar que se espera alcanzar es: > 95%

Numerador: niños de 2º y 3º de Primaria que siguen un almuerzo saludable al finalizar los talleres.
Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria que acuden a los talleres
El estándar que se espera alcanzar es: incremento de 20% respecto al resultado de la primera encuesta.

Con estos indicadores valoraremos el porcentaje de éxito obtenido con los talleres.

DURACIÓN

Mayo de 2018:
Sesión informativa del Proyecto al personal del centro de salud y al colegio de Tamarite.
Elaboración de la encuesta alimentaria.
Elaboración de panfletos/pegatinas.
Contacto con SARES para solicitar préstamo de material para los talleres.
Junio de 2018:
Encuesta alimentaria a los niños.
Taller 1.- Grupos de alimentos y dieta equilibrada.
Reparto de panfletos/pegatinas.
Octubre de 2018:
Taller 2.- Preparando un desayuno saludable.
Diciembre de 2018:
Encuesta alimentaria a los niños.
Enero de 2019:
Sesión informativa/formativa a los padres y AMPA con principales resultados encontrados. Refuerzo positivo.
Presentación de resultados a los compañeros del centro de salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES CUY GODINA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BETRIAN HERRERA PATRICIA
PASCUAL FRANCO MONICA
RAMOS ESPAÑOL JUDIT
LATORRE LASCORZ MARIA TERESA
ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA
CAMARA ABON ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIDADES REALIZADAS.

Marzo 2018

Elegimos proyecto de mejora para el Centro de Salud de Tamarite de Litera.

Abril 2018

Iniciamos proyecto de mejora que finalizara en Enero de 2020.

A finales del mes de abril se solicito a la dirección de Atención primaria el listado de pacientes en tratamiento de inhaladores crónicos de todos los pacientes pertenecientes al Centro de Salud de Tamarite.

Mayo 2018

Se realiza sesión clínica para todos los profesionales del centro de salud para informar sobre el proyecto y desarrollo de este. En esta reunión se entrega a los profesionales de enfermería el listado de pacientes con tratamiento con inhaladores.

Junio 2018

Se realizo:

* Hoja de registro (Paciente/ diagnostico de EPOC/ Uso de inhalador correcto)

* Encuesta sobre conocimiento en uso de inhaladores (Anexo 1)

Junio 2018- Junio 2019

Captación de pacientes en consulta de enfermería.

Septiembre- Octubre 2018

Reciclaje de los profesionales de enfermería en la realización de espirometrías. Previamente realizada formación específica en espirometrías en cursos realizados por el IACS (FOCCUSS) y/o SALUD.

Septiembre 2018

Comenzamos con la realización de espirometrías y entrega de encuestas para valoración.

Octubre 2018

En el centro de salud hemos creado un registro de espirometrías donde se registra fecha de realización de espirometrías, paciente fumador o ex fumador, utilización de inhaladores, diagnostico de EPOC, información para realizar espirometría, cumplimiento de las normas para realizar espirometría, técnica del paciente, colaboración del paciente, calidad de espirometría.

PROCEDIMIENTOS PENDIENTES DE REALIZAR

-Seguir captando pacientes.

- Realización de espirometrías de los pacientes de nueva captación.

- Realización de sesiones clínica mensuales para nueva adquisición de conocimientos en nuestros paciente con diagnóstico de EPOC (tanto a los pacientes diagnosticados como los nuevos pacientes diagnosticados).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

- Realizar formación a cuidadores, profesiones de residencias de ancianos

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO EN USO INHALADORES EN EPOC

Encuesta anónima

Por favor, marque con una X en el recuadro la respuesta

Fecha:/...../.....

* Sexo:

Hombre ? Mujer ?

1.- ¿Qué medicamentos inhalados usa?. Escribalos

.....
.....

2.- ¿Lo inhala directamente?

a. Sí ?

b. No ?

3.- ¿Utiliza cámara?

a.- Sí ?

b.- No ?

4.- Cuando tiene que administrarse dos medicamentos, ¿cuál es el que se toma primero?. (Escribalos en el orden en que se los administra.)

1º:
.....

2º .
.....

5.- ¿Le han explicado en alguna ocasión cómo utilizar un inhalador?

a. Sí ?

b . No ?

6.- ¿Ha recibido otro tipo de consejos sobre el uso de inhaladores?

a.- Si ?

b.- No ?

7.- Respecto a la técnica de inhalación, usted realiza:

a. Primero: Espiración previa (vaciar los pulmones) Sí ? No?

b. Segundo: Inspiración post espiración (llenar los pulmones) Sí ? No?

c. Tercero : Apnea después de inspirar (aguntar sin respirar) Sí ? No?

8. ¿Cuántos segundos considera necesario aguntar?

a. Menos de 5 ?

b. Entre 5 y 10 ?

c- Lo que aguante (escriba cuantos segundos) ?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

9.- En caso de tener que tomar otra dosis. ¿Cuánto tiempo espera?

- a. Me lo aplico directamente tras la anterior inhalación ?
- b. Espero 30 segundos ?
- c. Espero más de 30 segundos ?

10.- ¿Limpia el dispositivo de inhalación?

- a. Si ?
- b. No ?

11.- Con qué frecuencia se olvida de tomar los Inhaladores?

- a. Nunca
- b. A veces:
 - i. Mañana ?
 - ii. Tarde ?
 - iii. Noche ?
- c. Cuando estoy sin síntomas

12.- ¿Se enjuaga la boca después de usar el inhalador?

- a. Siempre ?
- b. Nunca ?
- c. A veces ?

13.- ¿ Desde que usa el inhalador ha tenido alguna vez alguna infección de las que le comentamos a continuación?

- a. Ulceras bucales (heridas abiertas en la boca ?
- b. Candidiasis bucal en lengua o mejillas (manchas blancas en la boca) ?
- c.- Otros (especificar)
.....

Gracias por colaborar

C. S. Tamairte de Litera

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS ALCANZADOS

Resultados pendientes

Indicador 1:

Prevalencia de EPOC:

Numerador: Población entre 40 -79 años con diagnostico de EPOC

Denominador: Población asignada entre 40-79 años

Objetivo es alcanzar el 3.5%

Indicador 2:

Pacientes con Tratamiento con Inhaladores:

Numerador: Pacientes que acuden a la educación del uso de inhaladores.

Denominador: paciente que llevan tratamiento de inhaladores

Nuestro objeto es que asista el 30%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

Indicador 3:

Espirometrías:

Numerador: Pacientes con tratamiento con inhaladores a los que se les realiza espirometría.

Denominador: Pacientes que llevan tratamiento de inhaladores.

Objetivo: Realizar espirometrías al 40% de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. CONCLUSIONES

Desde el centro de salud de Tamarite de litera elegimos este proyecto ya que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad infradiagnosticada, ya que en poco tiempo que llevamos haciendo espirometrías hemos captado nuevos pacientes. Al principio de comenzar nuestro proyecto de mejora se nos complico un poco la labor ya que el espirómetro del centro no reunía las condiciones necesarias para realizar espirometrías, eso nos dificulto el trabajo. Una vez solucionado el problema continuamos con el proyecto según lo planificado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/556 ===== ***

Nº de registro: 0556

Título
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC; MAS Y MEJOR

Autores:
CUI GODINA MARIA ANGELES, BETRIAN HERRERA PATRICIA, PASCUAL FRANCO MONICA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, LATORRE LASCORZ MARIA TERESA, ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA, CAMARA ABON ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada, con una elevada morbimortalidad y supone un problema de salud pública de gran magnitud. El estudio EPI-SCAN (Epidemiologic Study of COPD in Spain) ha determinado que la prevalencia de la EPOC en España es del 10,2% de la población de 40 a 80 años. Tras el análisis de la situación en nuestro Equipo de Atención Primaria hemos visto que sólo tenemos un 2.41% de pacientes con diagnóstico de EPOC lo que nos lleva a pensar que tenemos un elevado caso de pacientes infradiagnosticados. Así mismo, estudios previos han demostrado en mayor o menor medida que la utilización de los dispositivos de inhalación suele resultar complicada para los pacientes enfermos de EPOC, y que en un número importante de casos se manipulan de manera errónea por lo que creemos que es importante asegurar una correcta instrucción en la técnica para que las personas puedan beneficiarse de su tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

? Captación activa de pacientes con factores de riesgo para aumentar la prevalencia de EPOC en nuestro Equipo de Atención Primaria.

? Educación sanitaria a los pacientes, cuidadores y farmacéuticos sobre el manejo de los diferentes tipos de inhaladores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

MÉTODO

- ? Creación de un grupo de mejora.
- ? Se solicita a Dirección de Atención Primaria el listado de pacientes con tratamiento de inhaladores crónicos (farmacia)
- ? Reunión en el Centro de Salud con los profesionales para informar sobre el proyecto y el desarrollo de este.
- ? Captación telefónica de pacientes en tratamiento con inhaladores sin diagnóstico de EPOC para realizar espirometría.
- ? Inclusión del episodio "EPOC" en pacientes que cumplen criterios diagnósticos tras realización de espirometría.
- ? Formación sobre el manejo de los inhaladores a los pacientes, cuidadores y farmacéuticos de la zona.
- ? Encuesta al paciente en tratamiento con inhaladores sobre el manejo de su uso al inicio y tras la formación pertinente.

INDICADORES

Prevalencia EPOC:

Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC

Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad

Nuestro objetivo es alcanzar el 3,5%

Pacientes con tratamiento con inhaladores:

Numerador: Pacientes que acuden a la educación del uso de inhaladores

Denominador: Pacientes que llevan tratamiento de inhaladores

Nuestro objetivo es que asista el 30%

Espirometrías

Numerador: Pacientes con tratamiento con inhaladores a los que se les realiza espirometría.

Denominador: pacientes que llevan tratamiento de inhaladores

Nuestro objetivo es que se realicen espirometría al 40% de los pacientes

DURACIÓN

1. Inicio del proyecto: Abril 2018, fecha finalización: junio 2020
2. Solicitud a la Dirección de Atención Primaria el listado de pacientes en tratamiento de inhaladores crónicos (abril 2018)
3. Reunión en el Centro de Salud con los profesionales para informar sobre el proyecto y el desarrollo de este. (mayo 2018)
4. Realización: hoja de registro y encuesta de valoración sobre el manejo de inhaladores (a partir de junio 2018)
6. Citación de pacientes captados para espirometría (septiembre 2018)
7. Realización de la espirometrías (a partir de octubre 2018)
8. Formación del manejo de inhaladores al paciente el día de la realización de la espirometría. Previamente se le realizará la encuesta sobre el manejo de dichos inhaladores.
9. Lectura y registro en OMI de las espirometrías por los médicos responsables del proyecto.
10. Si cumple criterios EPOC citar con su MAP.
11. Citación en consulta de enfermería 20 días después de la realización de la espirometría para valorar la encuesta sobre los conocimientos conocidos tras resultados.
12. Formación a cuidadores y farmacéuticos noviembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES CUY GODINA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BETRIAN HERRERA PATRICIA
RAMOS ESPAÑOL JUDIT
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA
ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA
LATORRE LASCORZ MARIA TERESA
CAMARA ABON ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Marzo 2018

Elegimos proyecto de mejora para el Centro de Salud de Tamarite de Litera.

Abril 2018

Iniciamos proyecto de mejora que finalizara en Enero de 2020.

A finales del mes de abril se solicito a la dirección de Atención primaria el listado de pacientes en tratamiento de inhaladores crónicos de todos los pacientes pertenecientes al Centro de Salud de Tamarite.

Mayo 2018

Se realiza sesión clínica para todos los profesionales del centro de salud para informarles sobre el proyecto y desarrollo de este. En esta reunión se entrega a los profesionales de enfermería el listado de pacientes con tratamiento con inhaladores.

Junio 2018

Se realizo:

* Hoja de registro (Paciente/ diagnostico de EPOC/ Uso de inhalador correcto)

* Encuesta sobre conocimiento en uso de inhaladores (Anexo 1)

Junio 2018- Junio 2019

Captación de pacientes en consulta de enfermería.

Septiembre- Octubre 2018

Reciclaje de los profesionales de enfermería en la realización de espirometrías.

Previamente realizada formación específica en espirometrías en cursos realizados por el IACS (FOCCUSS) y/o SALUD.

Septiembre 2018

Comenzamos con la realización de espirometrías y entrega de encuestas para valoración.

Octubre 2018

En el centro de salud hemos creado un registro de espirometrías donde se registra fecha de realización de espirometrías, paciente fumador o ex fumador, utilización de inhaladores, diagnostico de EPOC, información para realizar espirometría, cumplimiento de las normas para realizar espirometría, técnica del paciente, colaboración del paciente, calidad de espirometrías.

Septiembre 2019

Se finaliza captación de paciente para realizar espirometrías.

Octubre 2019

Se realizar talleres "uso de inhaladores" tanto en cuidadores de residencia como paciente que usan inhaladores.

Enero de 2020

Se finaliza proyecto "DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR"

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO EN USO INHALADORES EN EPOC

Encuesta anónima

Por favor, marque con una X en el recuadro la respuesta

Fecha:/...../.....

* Sexo:

Hombre ? Mujer ?

1.- ¿Qué medicamentos inhalados usa?. Escribalos

.....

2.- ¿Lo inhala directamente?

a. Sí

b. No

3.- ¿Utiliza cámara?

a.- Sí

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

- b.- No
 - 4.- Cuando tiene que administrarse dos medicamentos, ¿cuál es el que se toma primero?. (Escríbalos en el orden en que se los administra.)
 - 1ª:
 - 2º:
 - 5.- ¿Le han explicado en alguna ocasión cómo utilizar un inhalador?
 - a. Sí
 - b. No
 - 6.- ¿Ha recibido otro tipo de consejos sobre el uso de inhaladores?
 - a.- Si
 - b.- No
 - 7.- Respecto a la técnica de inhalación, usted realiza:
 - a. Primero: Espiración previa (vaciar los pulmones) Sí ? No?
 - b. Segundo: Inspiración post espiración (llenar los pulmones) Sí ? No?
 - c. Tercero : Apnea después de inspirar (aguntar sin respirar) Sí ? No?
 - 8. ¿Cúantos segundos considera necesario aguantar?
 - a. Menos de 5 ?
 - b. Entre 5 y 10 ?
 - c- Lo que aguante (escriba cuantos segundos) ?
 - 9.- En caso de tener que tomar otra dosis. ¿Cuánto tiempo espera?
 - a. Me lo aplico directamente tras la anterior inhalación ?
 - b. Espero 30 segundos ?
 - c. Espero más de 30 segundos ?
 - 10.- ¿Limpia el dispositivo de inhalación?
 - a. Si ?
 - b. No ?
 - 11.- Con qué frecuencia se olvida de tomar los Inhaladores?
 - a. Nunca
 - b. A veces:
 - i. Mañana ?
 - ii. Tarde ?
 - iii. Noche ?
 - c. Cuando estoy sin síntomas
 - 12.- ¿Se enjuaga la boca después de usar el inhalador?
 - a. Siempre ?
 - b. Nunca ?
 - c. A veces ?
 - 13.- ¿ Desde que usa el inhalador ha tenido alguna vez alguna infección de las que le comentamos a continuación?
 - a. Ulceras bucales (heridas abiertas en la boca ?
 - b. Candidiasis bucal en lengua o mejillas (manchas blancas en la boca) ?
 - c.- Otros (especificar)
-
Gracias por colaborar
C. S. Tamarite de Litera

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1:

Prevalencia de EPOC:

$$\frac{\text{Población entre 40 -79 años con diagnostico de EPOC}}{\text{Población asignada entre 40-79 años}} \times 100$$

Objetivo es alcanzar el 3.5%

$$\frac{206}{4568} \times 100 = 4,50\%$$

Indicador 2:

Pacientes con Tratamiento con Inhaladores:

Pacientes que acuden a la educación del uso de inhaladores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

_____ x100
Paciente que llevan tratamiento de inhaladores
Objetivo: Acuden a la educación de uso de inhaladores 30% de los pacientes

80
_____ x100 = 38,83%
206

Indicador 3:
Espirometrías:

_____ x100
Pacientes con tratamiento con inhaladores se les realiza espirometría
Pacientes que llevan tratamiento de inhaladores

Objetivo: Realizar espirometrías al 40% de los pacientes.

148
_____ x100 = 71,84%
206

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cuando en marzo de 2018 elegimos este proyecto fue por que vimos que la enfermedad de EPOC estaba infradiagnosticada, para entonces empezamos a realizar espirometrías en el centro y vimos que había muchos pacientes que tendrían que estar diagnosticados y no lo estaban, por eso elegimos este proyecto. Al comienzo tuvimos algunas cosas que nos dificulto las tareas, el espirómetro no reunía las condiciones necesarias para realizar espirometrías, también nos costo bastante tiempo repartir los pacientes y poder captarlos... Una vez solucionado esto nos pusimos manos a la obra. Ha sido un trabajo costoso y largo pero al final los indicadores han llegado a los objetivos esperados que no eran muy ambiciosos pero no teníamos claro si llegaríamos. Estamos contentos por que tenemos más pacientes diagnosticados de EPOC y a los que podemos ajustar el tratamiento a sus necesidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/556 ===== ***

Nº de registro: 0556

Título
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC; MAS Y MEJOR

Autores:
CUI GODINA MARIA ANGELES, BETRIAN HERRERA PATRICIA, PASCUAL FRANCO MONICA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, LATORRE LASCORZ MARIA TERESA, ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA, CAMARA ABON ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada, con una elevada morbimortalidad y supone un problema de salud pública de gran magnitud. El estudio EPI-SCAN (Epidemiologic Study of COPD in Spain) ha determinado que la prevalencia de la EPOC en España es del 10,2% de la población de 40 a 80 años. Tras el análisis de la situación en nuestro Equipo de Atención Primaria hemos visto que sólo tenemos un 2.41% de pacientes con diagnóstico de EPOC lo que nos lleva a pensar que tenemos un elevado caso de pacientes infradiagnosticados. Así mismo, estudios previos han demostrado en mayor o menor medida que la utilización de los dispositivos de inhalación suele resultar complicada para los pacientes enfermos de EPOC, y que en un número importante de casos se manipulan de manera errónea por lo que creemos que es importante asegurar una correcta instrucción en la técnica para que las personas puedan beneficiarse de su tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

? Captación activa de pacientes con factores de riesgo para aumentar la prevalencia de EPOC en nuestro Equipo de Atención Primaria.

? Educación sanitaria a los pacientes, cuidadores y farmacéuticos sobre el manejo de los diferentes tipos de inhaladores.

MÉTODO

? Creación de un grupo de mejora.

? Se solicita a Dirección de Atención Primaria el listado de pacientes con tratamiento de inhaladores crónicos (farmacia)

? Reunión en el Centro de Salud con los profesionales para informar sobre el proyecto y el desarrollo de este.

? Captación telefónica de pacientes en tratamiento con inhaladores sin diagnóstico de EPOC para realizar espirometría.

? Inclusión del episodio "EPOC" en pacientes que cumplen criterios diagnósticos tras realización de espirometría.

? Formación sobre el manejo de los inhaladores a los pacientes, cuidadores y farmacéuticos de la zona.

? Encuesta al paciente en tratamiento con inhaladores sobre el manejo de su uso al inicio y tras la formación pertinente.

INDICADORES

Prevalencia EPOC:
Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC
Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad
Nuestro objetivo es alcanzar el 3,5%

Pacientes con tratamiento con inhaladores:
Numerador: Pacientes que acuden a la educación del uso de inhaladores
Denominador: Pacientes que llevan tratamiento de inhaladores
Nuestro objetivo es que asista el 30%

Espirometrías
Numerador: Pacientes con tratamiento con inhaladores a los que se les realiza espirometría.
Denominador: pacientes que llevan tratamiento de inhaladores
Nuestro objetivo es que se realicen espirometría al 40% de los pacientes

DURACIÓN

1. Inicio del proyecto: Abril 2018, fecha finalización: junio 2020
2. Solicitud a la Dirección de Atención Primaria el listado de pacientes en tratamiento de inhaladores crónicos (abril 2018)
3. Reunión en el Centro de Salud con los profesionales para informar sobre el proyecto y el desarrollo de este. (mayo 2018)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

4. Realización: hoja de registro y encuesta de valoración sobre el manejo de inhaladores (a partir de junio 2018)
6. Citación de pacientes captados para espirometría (septiembre 2018)
7. Realización de la espirometrías (a partir de octubre 2018)
8. Formación del manejo de inhaladores al paciente el día de la realización de la espirometría. Previamente se le realizará la encuesta sobre el manejo de dichos inhaladores.
9. Lectura y registro en OMI de las espirometrías por los médicos responsables del proyecto.
10. Si cumple criterios EPOC citar con su MAP.
11. Citación en consulta de enfermería 20 días después de la realización de la espirometría para valorar la encuesta sobre los conocimientos conocidos tras resultados.
12. Formación a cuidadores y farmacéuticos noviembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE JUDIT RAMOS ESPAÑOL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTILLO LOPEZ ANA DELIA
GALLEGO BARRABES SUSANA
BETRIAN HERRERA PATRICIA
CUI GODINA MARIA ANGELES
ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA
RAMOS ESPAÑOL PILAR
PEIRAU ESCUER MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

MARZO 2018

Elegimos proyecto de mejorara CS Tamarite.

ABRIL 2018

Sesión informativa a miembros de CS Tamarite.

- Explicamos a los compañeros del centro los objetivos importantes del proyecto de mejora.
- Actividades a realizar en el proyecto.
- Población diana.

MAYO 2018

Se reúne el equipo de trabajo para organizar y realizar reparto de tareas.

- Realización de trípticos informativos.
- Realización de carteles informativos para colocar en el centro de salud y consultorios pertenecientes a CS Tamarite.

(ANEXO 1).

- Encuesta de hábitos higienice dietéticos para entregar al iniciar la actividad y finalizar la actividad
- Encuesta de satisfacción (ANEXO 2).
- Realización de plantillas de seguimiento, para registrar número de participantes en cada sesión e incidencias.

JUNIO-SEPTIEMBRE 2018

- Captación de pacientes con riesgo cardiovascular en las consultas de At. Primaria.
- Entrega de trípticos en consultas, farmacias, asociaciones de Tamarite y pueblos correspondientes al centro de salud de Tamarite.
- Se colocan carteles informativos en consultas, farmacias, asociaciones de Tamarite y pueblos correspondientes al centro de salud de Tamarite.

SEPTIEMBRE 2018

- Según el cronograma presentado en el acuerdo de gestión, se iniciaban las sesiones por grupos de edad. No se pudo comenzar con la actividad por problemas de falta de personal en el equipo y cambios en el centro.

OCTUBRE 2018

- Se forman los grupos por edades para iniciar las sesiones de "Pasito a Pasito".

OCTUBRE- DICIEMBRE 2018

- Responsable del proyecto de mejora, realiza curso online "3ª Ed. Consejo en actividad física y prescripción de ejercicio para profesionales sanitarios"

DICIEMBRE 2018

- Se inicia sesiones Pasito a Pasito por la Litera. Se realizan dos sesiones por semana en Tamarite de Litera, Lunes de 10.30h a 11.30h (mayores de 65años), viernes de 10.30h a 11.30h (menores de 65años) y en Albelda (mayores de 65 años) los jueves de 10.30h a 11.30h.

ANEXO 1

Actividad Física que realiza usted:

¿Realiza ejercicio físico todos los días? (caminar, ir en bici, nadar...)

- 1-. Si
- 2-. NO

-¿Crees que realizas suficiente actividad física?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

- 1-. Si
- 2-. NO

¿Crees que la actividad física que realizas es adecuada?

- 1-. Si
- 2-. NO

¿Sigues alguna rutina?

- 1-. SI
- 2-. NO

¿Va solo a caminar?

- 1-. Si
- 2-. NO

ANEXO 2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

- ¿Le ha gustado la iniciativa Pasito a Pasito, Paseos saludables por la Litera?

- 1-.SI
- 2-.NO

¿Le han gustado los recorridos realizados en las sesiones?

- 1-.SI
- 2-.NO

¿Le han parecido bien los horarios?

- 1-.SI
- 2-.NO

¿ Le ha parecido bien el número de participantes?

- 1-.SI
- 2-.NO

¿Le ha parecido bien la duración de las sesiones?

- 1-.SI
- 2-.NO

¿Lo recomendaría algún amigo o vecino del pueblo?

- 1-.SI
- 2-.NO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1

La evaluación de los resultados se realizara mediante la cumplimentación de una encuesta al principio de la primera sesión (ANEXO 1) y otra encuesta que entregaremos a los pacientes dos meses después de terminar las sesiones (ANEXO 1). Con esta encuesta valoraremos:
A los dos meses de finalizada la actividad, el 50% de los pacientes seguirán con una correcta rutina del ejercicio diario.

Formula del indicador=

$$\frac{\text{Nº asistentes que 2 meses después sigue caminando}}{\text{Nº asistentes totales a las sesiones}} \times 100$$

Nº asistentes totales a las sesiones

INDICADOR 2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

El 50% de los participantes inscritos en la actividad en cada turno completaran el total de las sesiones.

Formula del indicador=

$$\frac{\text{Nº de asistentes que completan el total de sesiones}}{\text{Nº de asistentes que se inscribieron a la actividad}} \times 100$$

INDICADOR 3

Se entregara a todos los participantes una encuesta de satisfacción (ANEXO 2). El 80% de los pacientes se mostraran satisfecho con la actividad comunitaria realizada.

Formula del indicador= $\frac{\text{Nº de asistentes satisfechos con la actividad}}{\text{Nº de asistentes que se han inscrito en la sesión}} \times 100$

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cuando elegimos este proyecto de mejora teníamos la duda de si a los paciente les iba a gustar esta actividad, ya que desde las consultas de At. Primaria de nuestro centro se apreciaba una necesidad importante que había que abordar, la actividad física. La verdad es que casi llevamos 2 meses realizando las sesiones y ha tenido muy buena acogida por parte de los pacientes, si todo evoluciona como hasta ahora, lo más seguro es que haya que crear nuevos grupos de paciente para que no sean muy multitudinarias estas sesiones. En el pueblo de Albelda donde hay un consultorio perteneciente a nuestro centro de Salud, se ha creado grupo donde se va caminar una vez por semana por su buena acogida, ya que en un principio los paseos solo iban a realizar en Tamarite. Una de las pocas complicaciones en realizar esta actividad, es que tienen que participar muchos de los profesionales del centro ya que en cada sesión se necesitan dos profesionales (no todos los paciente llevan el mismo ritmo caminando), lo que supone bloquear consultas, en el caso de nuestro centro consultas de enfermería. Por tanto en nuestro centro seguiremos con este proyecto de mejora ya que ha tenido muy buen acogido tanto por los pacientes como por los profesionales, por el aumento de las relaciones sociales entre nuestro participantes y además de la importancia que tiene la actividad física en nuestro paciente con riesgo cardiovascular.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/666 ===== ***

Nº de registro: 0666

Título
PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

Autores:
RAMOS ESPAÑOL JUDIT, CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, PASCUAL FRANCO MONICA, GALLEGO BARRABES SUSANA, BETRIAN HERRERA PATRICIA, CUY GODINA MARIA ANGELES, ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA, PUEYO ENRIQUE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

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

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Multitud de guías hacen énfasis en el papel fundamental que tiene la enfermería y la medicina de Atención Primaria en la promoción de un estilo de vida saludable basado entre otras cosas en el fomento de la actividad física, incorporación de una dieta saludable y el abandono del tabaco en pacientes fumadores. Desde el Centro Salud de Tamarite de Litera, apreciamos una alta frecuentación en la consulta de pacientes con la necesidad de abordar la actividad física como factor de protección para la prevención de los factores de riesgo cardiovasculares bien por falta de conocimiento sobre sus beneficios reales así como por falta de motivación.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar la vida activa de nuestros pacientes sedentarios con factores de riesgo cardiovascular.
2. Mejorar la calidad de vida de los participantes a través del ejercicio físico.
3. Incorporar el ejercicio físico a la rutina diaria del paciente.
4. Favorecer las relaciones entre los participantes.
5. Promoción de un estilo de vida saludable.

MÉTODO

Sesión informativa a todos los miembros del centro de salud sobre el Proyecto Asistencial.
Creación folletos informativos que se repartirán en los consultorios, farmacias, centro cultural y Cruz Roja.
Captación de participantes en las consultas de Enfermería y Medicina. Entrega de folletos informativos sobre la actividad y recogida de datos de los pacientes interesados.
El proyecto se oferta a la población entre 40-65 años y 65-80 años con problemas respiratorios, cardiacos y con factor de riesgo cardiovascular. Se realizarán diferentes grupos entre 8 y 12 personas. Salida a caminar y gimnasia de mantenimiento dos días a la semana, lunes y miércoles 11.00h a 12.30h por la zona de salud
Cada día al inicio de la actividad, se realizará Educación Sanitaria sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables ya que en ellos cabe actuar de forma preventiva: hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM) y sobrepeso/obesidad frecuentemente unidos a la inactividad física. Los participantes de la actividad irán acompañados de dos enfermeras del Centro de Salud.

INDICADORES

La evaluación de los resultados se realizará mediante la cumplimentación de una encuesta al principio y al finalizar la actividad. Se pasará otra encuesta vía telefónica a los dos meses de finalizada la actividad.

1. Todos los participantes que finalicen la actividad, habrán mejorado sus conocimientos sobre los hábitos higiénico dietéticos.
2. A los dos meses de finalizada la actividad, el 60% de los pacientes seguirán con una correcta rutina de ejercicio diario.
3. El 40% de los pacientes, mostrarán alta satisfacción con las relaciones personales alcanzadas gracias a esta actividad comunitaria.
4. El 50% de los participantes inscritos en la actividad en cada turno, completarán el total de las sesiones.
5. El 80% de los pacientes se mostrará satisfecho o muy satisfecho con la actividad comunitaria realizada.

DURACIÓN

- Abril 2018: Sesión informativa a miembros CS: abril 2018
- Mayo 2018: Reunión del grupo de trabajo para organización y reparto de tareas.
- Mayo 2018: Realización de una encuesta sobre hábitos higiénicos dietéticos a pasar a los pacientes al inicio y al finalizar la actividad, otra de satisfacción y planilla de seguimiento.
- Mayo 2018- agosto de 2018: Captación de pacientes en las consultas.
- Julio 2018: Elaboración/preparación del contenido de las charlas.
- Septiembre 2018: Inicio de las sesiones por grupos de edad.
- Marzo 2019: Se reunirá el grupo de trabajo para recompilaran todas las encuestas recogidas de la población que a participado en la actividad, se valorara y evaluara la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE JUDIT RAMOS ESPAÑOL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BETRIAN HERRERA PATRICIA
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA
RAMOS ESPAÑOL PILAR
CUI GODINA MARIA ANGELES
GALLEGO BARRABES SUSANA
ESTEVE CAPEDEVILA MARIA EULALIA
PEIRAU ESCUER MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
MARZO 2018
Elegimos proyecto de mejorara CS Tamarite.

ABRIL 2018
Sesión informativa a miembros de CS Tamarite.

Explicamos a los compañeros del centro los objetivos importantes del proyecto de mejora.
Actividades a realizar en el proyecto.
Población diana.

MAYO 2018
Se reúne el equipo de trabajo para organizar y realizar reparto de tareas.
Realización de trípticos informativos.
Realización de carteles informativos para colocar en el centro de salud y consultorios pertenecientes a C. S. Tamarite.
Encuesta de hábitos higienico dietéticos para entregar al iniciar la actividad (ANEXO 1).
Encuesta de satisfacción (ANEXO 2).
Realización de plantillas de seguimiento, para registrar número de participantes en cada sesión e incidencias.

JUNIO-SEPTIEMBRE 2018
Captación de pacientes con riesgo cardiovascular en las consultas de At. Primaria.
Entrega de trípticos en consultas, farmacias, asociaciones de Tamarite y pueblos correspondientes al centro de salud de Tamarite.
Se colocan carteles informativos en consultas, farmacias, asociaciones de Tamarite y pueblos correspondientes al centro de salud de Tamarite.

SEPTIEMBRE 2018
Según el cronograma presentado en el acuerdo de gestión, se iniciaban las sesiones por grupos de edad. No se pudo comenzar con la actividad por problemas de falta de personal en el equipo y cambios en el centro.

OCTUBRE 2018
Se forman los grupos por edades para iniciar las sesiones de "Pasito a Pasito".

OCTUBRE- DICIEMBRE 2018
Responsable del proyecto de mejora, realiza curso online "3ª Ed. Consejo en actividad física y prescripción de ejercicio para profesionales sanitarios"

DICIEMBRE 2018
Se inicia sesiones Pasito a Pasito por la Litera. Se realizan dos sesiones por semana en Tamarite de Litera, Lunes de 10.30h a 11.30h (mayores de 65 años), viernes de 10.30h a 11.30h (menores de 65 años) y en Albelda (mayores de 65 años) los jueves de 10.30h a 11.30h.
Se entrega encuesta sobre hábitos higienico dietéticos (Anexo 1)

ENERO 2019
Se observa que hay mucha demanda de la actividad. Se decide cambiar la organización:
Se decide seguir realizando la actividad lunes y miercoles 10,30-11,30h en Tamarite, pero se harán dos grupos (no por edades) sino por trayecto. Se realizan dos tipos de trayecto largo y corto.

FEBRERO 2019
Pacientes de los consultorios que pertenecen a C.S. Tamarite demandan la actividad en los pueblos. Se incorporan a la actividad Algayon (jueves de 10,45-11,45h) y Albelda (viernes de 10,45-11,45h).

JULIO 2019
Se entrega a los participantes encuesta de satisfacción (Anexo 2)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE

Se suspende actividad hasta Septiembre tanto por calor como por necesidades del servicio.

SEPTIEMBRE 2019

Se inicia nuevamente la actividad como dejemos en Julio.

ANEXO 1

Actividad Física que realiza usted:

¿Realiza ejercicio físico todos los días? (caminar, ir en bici, nadar...)

1-. Si

2-. NO

-¿Crees que realizas suficiente actividad física?

1-. Si

2-. NO

¿Crees que la actividad física que realizas es adecuada?

1-. Si

2-. NO

¿Sigues alguna rutina?

1-. SI

2-. NO

¿Va solo a caminar?

1-. Si

2-. NO

ANEXO 2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

¿Le ha gustado la iniciativa Pasito a Pasito, Paseos saludables por la Litera?

1-.SI

2-.NO

¿Le han gustado los recorridos realizados en las sesiones?

1-.SI

2-.NO

¿Le han parecido bien los horarios?

1-.SI

2-.NO

¿Le ha parecido bien el número de participantes?

1-.SI

2-.NO

¿Le ha parecido bien la duración de las sesiones?

1-.SI

2-.NO

¿Lo recomendaría algún amigo o vecino del pueblo?

1-.SI

2-.NO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1

La evaluación de los resultados se ha realizado mediante la cumplimentación de una encuesta al principio de la primera sesión (ANEXO 1) y otra encuesta que entregaremos a los pacientes dos meses después de terminar las sesiones (ANEXO 2). Con esta encuesta hemos valorado:
A los dos meses de finalizada la actividad, el 50% de los pacientes seguirán con una correcta rutina del ejercicio diario.

Formula del indicador=

$$\frac{\text{Nº asistentes que 2 meses después sigue caminando}}{\text{Nº asistentes totales a las sesiones (media)}} \times 100$$

Nº asistentes totales a las sesiones (media)

Indicados 1= $\frac{15}{18} \times 100 = 83,3\%$

18

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE

INDICADOR 2

El 50% de los participantes inscritos en la actividad en cada turno completaran el total de las sesiones.

Formula del indicador=

$$\frac{\text{Nº de asistentes que completan el total de sesiones}}{\text{Nº de asistentes que se inscribieron a la actividad}} \times 100$$

Nº de asistentes que se inscribieron a la actividad

Indicador 2= $\frac{20}{22} \times 100 = 90,90\%$

INDICADOR 3

Se entregara a todos los participantes una encuesta de satisfacción (ANEXO 2). El 80% de los pacientes se mostraran satisfecho con la actividad comunitaria realizada.

Formula del indicador=
$$\frac{\text{Nº de asistentes satisfechos con la actividad}}{\text{Nº de asistentes que se han inscrito en la sesión}} \times 100$$

Nº de asistentes que se han inscrito en la sesión

Indicador 3= $\frac{22}{22} \times 100 = 100\%$

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cuando pensamos en este proyecto en Marzo de 2018 teníamos nuestras dudas de que fuera a funcionar, ya que desde nuestras consultas de At. Primaria se percibía la necesidad de abordar la actividad física. Después de casi dos años con esta actividad podemos valorar que ha tenido muy buena acogida y lo más importante es que este proyecto ha evolucionado para llegar a muchas más personas de lo que nos pensábamos. Lo que empezó solo dos días por semana, ha terminado en 4 días a la semana en dos pueblos más de lo esperado, que son Albelda y Algayon.

Hemos presentado complicaciones como:

Falta de personal responsable del centro para acompañar en las caminatas.

Más participantes de lo esperado.

Pero estas complicaciones han sido fáciles de solucionar gracias al compromiso tanto de los participantes como del equipo Centro de Salud.

También comentar de forma positiva que cuando los profesionales del centro de salud no podíamos acudir a la actividad en algún momento puntual (falta de profesionales, vacaciones,..) la actividad se ha continuado realizando ya que los participantes han quedado por su cuenta.

Por la buena acogida, éxito del proyecto y por haber alcanzado los resultados esperados ya que nuestros participantes han adquirido hábitos de vida saludables, tiene el habito de realizar actividad física diariamente y han mejorado sus relaciones sociales, se finaliza el proyecto pasando a ser oferta del centro de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/666 ===== ***

Nº de registro: 0666

Título
PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

Autores:
RAMOS ESPAÑOL JUDIT, CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, PASCUAL FRANCO MONICA, GALLEGO BARRABES SUSANA, BETRIAN HERRERA PATRICIA, CUY GODINA MARIA ANGELES, ESTEVE CADEVILA MARIA EULALIA, PUEYO ENRIQUE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Multitud de guías hacen énfasis en el papel fundamental que tiene la enfermería y la medicina de Atención Primaria en la promoción de un estilo de vida saludable basado entre otras cosas en el fomento de la actividad física, incorporación de una dieta saludable y el abandono del tabaco en pacientes fumadores.
Desde el Centro Salud de Tamarite de Litera, apreciamos una alta frecuentación en la consulta de pacientes con la necesidad de abordar la actividad física como factor de protección para la prevención de los factores de riesgo cardiovasculares bien por falta de conocimiento sobre sus beneficios reales así como por falta de motivación.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar la vida activa de nuestros pacientes sedentarios con factores de riesgo cardiovascular.
2. Mejorar la calidad de vida de los participantes a través del ejercicio físico.
3. Incorporar el ejercicio físico a la rutina diaria del paciente.
4. Favorecer las relaciones entre los participantes.
5. Promoción de un estilo de vida saludable.

MÉTODO
Sesión informativa a todos los miembros del centro de salud sobre el Proyecto Asistencial.
Creación folletos informativos que se repartirán en los consultorios, farmacias, centro cultural y Cruz Roja.
Captación de participantes en las consultas de Enfermería y Medicina. Entrega de folletos informativos sobre la actividad y recogida de datos de los pacientes interesados.
El proyecto se oferta a la población entre 40-65 años y 65-80 años con problemas respiratorios, cardiacos y con factor de riesgo cardiovascular. Se realizaran diferentes grupos entre 8 y 12 personas. Salida a caminar y gimnasia de mantenimiento dos días a la semana, lunes y miércoles 11.00h a 12.30h por la zona de salud
Cada día al inicio de la actividad, se realizará Educación Sanitaria sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables ya que en ellos cabe actuar de forma preventiva: hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM) y sobrepeso/obesidad frecuentemente unidos a la inactividad física.
Los participantes de la actividad irán acompañados de dos enfermeras del Centro de Salud.

INDICADORES
La evaluación de los resultados se realizará mediante la cumplimentación de una encuesta al principio y al finalizar la actividad. Se pasará otra encuesta vía telefónica a los dos meses de finalizada la actividad.

1. Todos los participantes que finalicen la actividad, habrán mejorado sus conocimientos sobre los hábitos higiénico dietéticos.
2. A los dos meses de finalizada la actividad, el 60% de los pacientes seguirán con una correcta rutina de ejercicio diario.
3. El 40% de los pacientes, mostrarán alta satisfacción con las relaciones personales alcanzadas gracias a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE

esta actividad comunitaria.

4. El 50% de los participantes inscritos en la actividad en cada turno, completarán el total de las sesiones.

5. El 80% de los pacientes se mostrará satisfecho o muy satisfecho con la actividad comunitaria realizada.

DURACIÓN

- Abril 2018: Sesión informativa a miembros CS: abril 2018
- Mayo 2018: Reunión del grupo de trabajo para organización y reparto de tareas.
- Mayo 2018: Realización de una encuesta sobre hábitos higiénicos dietéticos a pasar a los pacientes al inicio y al finalizar la actividad, otra de satisfacción y planilla de seguimiento.
- Mayo 2018- agosto de 2018: Captación de pacientes en las consultas.
- Julio 2018: Elaboración/preparación del contenido de las charlas.
- Septiembre 2018: Inicio de las sesiones por grupos de edad.
- Marzo 2019: Se reunirá el grupo de trabajo para recompilaran todas las encuestas recogidas de la población que a participado en la actividad, se valorara y evaluara la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1271

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA JANER SUBIAS
· Profesión PEDIATRA
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA
BOZAL CORTES MARIA JESUS
DE RAMOS QUINTANILLA EDUARDO ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La intervención educativa de carácter individual se realiza mediante dos citas a lo largo de un año, en función del grado de control de asma de cada niño. Una vez seleccionados los niños asmáticos o con hipersensibilidad bronquial a través del programa informático OMI-AP, se contactó con la familia vía telefónica informándoles brevemente de la educación individual y concertando una cita de 20 minutos de duración. Estas citas s

En esta 1º cita se realizó por la Enfermera de Pediatría en octubre - noviembre, haciendo coincidir así con la campaña de vacunación antigripal anual para la administración de dicha vacuna. Se explicó y se rellenó junto a la familia el Documento de salud del asma en Pediatría del Gobierno de Aragón, y se completaron los datos correspondientes en el programa OMI-AP. Dado que se disponía de pocos ejemplares del documento en el centro, los meses previos contactamos con Salud Pública para poder repartir documentos a todos los niños. En él, quedan registrados los antecedentes personales y familiares, los desencadenantes conocidos y estudios complementarios realizados. Se insiste a la familia llevarlo siempre a cada visita relacionada con el asma de su hijo.

Además, en esta visita también se rellena y entrega a la familia dos documentos:
El plan de seguimiento del asma, donde explica el tratamiento personalizado que cada niño debe seguir (de acuerdo con el tratamiento ya pautado por su pediatra, o concertando una cita con pediatría en caso de necesidad de modificación) y se aprovechó para repasar la correcta técnica de administración e insistir en llevar a las futuras visitas su cámara de inhalación. Se educa a la familia para saber reconocer los síntomas de mal control.
El plan de actuación ante una crisis asmática, dejando claro a los responsables del niño los síntomas que deben reconocer y la medicación que deben administrar en caso de crisis.

En la 2º visita programada con Pediatría durante los meses de junio-julio, se realiza un seguimiento evolutivo del asma del paciente mediante el Cuestionario del Control del Asma en niños (CAN). Se valora así el impacto del asma durante la temporada otoño-invierno: ingresos, número de crisis, necesidad de tratamiento intercrisis, visitas a urgencias, clínica intercrisis, adaptación al deporte... Se completa el Plan de seguimiento de Asma en OMI-AP. Además, se realiza unto a la familia un repaso individualizado de los planes de tratamiento (plan de seguimiento y plan de actuación ante una crisis asmática) y de las técnicas correctas de inhalación, corrigiendo posibles errores en los casos necesarios o modificando el tratamiento si la evolución lo requiere. Se realiza educación sanitaria acerca de los desencadenantes, se refuerza la adherencia al tratamiento y solución de posibles dudas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Prevalencia de niños asmáticos (5%): $45/1623 = 2,77\%$.
- Nº niños asmáticos vacunados de gripe / Nº niños asmáticos en total (80%): $31/45 = 68,9\%$. Las causas en los niños que NO recibieron la vacunación de la gripe fueron las siguientes: 8 por decisión familiar, 3 niños mayores de 14 años ya no controlados desde Pediatría, en 3 casos no se consiguió contactar con la familia vía telefónica y 1 niño no acudió a la citación (15 casos en total).
- Nº niños asmáticos vacunados de gripe / Nº niños asmáticos convocados* (80%): $25 / 45 = 80,65\%$.
- Nº niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN" / Nº niños asmáticos convocados* (80%): $28 / 31 = 90,3\%$.
- Nº niños con puntuación CAN > 8 (mal control) / Nº niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN" (<15%): $2/28 = 7,1\%$.
- Nº niños o familiares que acuden a las 2 visitas / nº total de niños asmáticos convocados: $12 / 31 = 38,7\%$. Nº niños o familiares que acuden sólo a 1 visita / nº total de niños asmáticos convocados: $15 / 31 = 48,4\%$.
* El denominador "nº niños asmáticos convocados", sólo contamos aquellos niños asmáticos que podemos completar el seguimiento desde nuestras consultas pediátricas, eliminando aquellos (14 en total) que siguen visitas en médicos privados (4/45), los mayores de 14 años ya controlados por sus médicos de cabecera (6/45) o aquellos que no localizamos por vía telefónica (4/45).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Infradiagnóstico de asma en OMI-AP: Aunque hemos mejorado la prevalencia de niños asmáticos desde el inicio del estudio (2,1% a 2,77%), seguimos sin conseguir la prevalencia esperada (5-10% según bibliografía). Debemos continuar trabajando en mejorar el registro diagnóstico de "Asma" en OMI-AP y modificar diagnósticos como "hiperreactividad bronquial" o "bronquitis de repetición".
- Mejoría en el seguimiento del niño asmático: tras la realización del proyecto, hemos conseguido un mínimo de 1-2 visitas anuales. En ellas, se han resuelto dudas de tratamiento, se han corregido técnicas en la administración de los fármacos con cámara y modificado pautas de tratamiento según la evolución.
- Mejoría en la educación asmática al niño y familia: reconocer los primeros síntomas ante una crisis

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1271

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA

asmática, aplicar el correcto tratamiento agudo en crisis y crónico en el seguimiento del asma, conocer los desencadenantes.

- Mejoría en la atención a la familia del niño asmático al portar consigo a las visitas el Documento de salud del asma en Pediatría del Gobierno de Aragón y la cámara de inhalación propia.
- Existe un buen control del asma en nuestra población según el cuestionario CAN. Consideramos esto un motivo por el cual la familia puede restar importancia a la vacunación y al seguimiento con 2 visitas anuales (menos de la mitad de los pacientes han completado las 2 visitas).
- Se ha conseguido un buen porcentaje de vacunación en los niños asmáticos en seguimiento pediátrico desde nuestro centro de salud (80,65 %). Debemos seguir trabajando con la población para que se conciencien de la importancia del seguimiento y de la vacunación antigripal para los niños asmáticos, puesto que hemos visto que los no vacunados son: 1) los niños con mejor control y que menos visitas al centro de salud tienen, y 2) aquellos que pasan a adultos donde no hay revisiones de salud para poder recordar la vacunación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1271 ===== ***

Nº de registro: 1271

Título
MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

Autores:
JANER SUBIAS ELENA, ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA, BOZAL CORTES MARIA JESUS, DE RAMOS QUINTANILLA EDUARDO ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, afectando aproximadamente al 10% de los menores de 14 años. Es un importante problema de salud pública: disminuye la calidad de vida de pacientes y familiares, produciendo elevados costes sanitarios y sociales. La educación del paciente en el conocimiento y manejo de la enfermedad es un pilar fundamental para conseguir los objetivos del tratamiento del asma: mejor calidad de vida (menor absentismo escolar y laboral) y disminución del número de exacerbaciones (menos demanda asistencial y hospitalizaciones). Las guías sobre manejo de asma en pediatría destacan la importancia de implicar al niño y su familia para que reconozcan los desencadenantes y sepan actuar ante una crisis, teniendo por escrito un plan de tratamiento consensuado.

En nuestras consultas, hemos objetivado un infradiagnóstico de asma registrado en OMI-AP: prevalencia del 3,5 % de niños asmáticos en nuestra población frente al 10 % que refleja la bibliografía. En el 2017 se puso en marcha un proyecto de educación grupal (formación teórica y práctica) a niños asmáticos y sus familias. Este año, el proyecto pretende conseguir un correcto seguimiento y de forma individualizada de los niños asmáticos según lo establecido en las guías de práctica clínica pediátrica.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reforzar los conocimientos sobre la patología, sus desencadenantes y su tratamiento.
- Prevención del tabaquismo pasivo/activo en adolescentes.
- Reconocimiento por parte de la familia y paciente de una crisis de asma y su actuación.
- Mejorar la adhesión al tratamiento crónico y conseguir un mejor control del asma.
- Evaluar con la familia las técnicas de inhalación y conseguir un buen uso de los distintos inhaladores.
- Aumentar la proporción de niños asmáticos vacunados de gripe estacional.
- Mejorar el diagnóstico del niño asmático y su registro en OMI-AP.
- Resolución de dudas acerca de su patología.

MÉTODO

Se concertarán un mínimo de 2 citas anuales, según el grado de control del asma de cada niño. Se informará a la familia telefónicamente de la actividad, programando la primera visita (Enfermería pediátrica), donde se aportarán y explicarán, de forma individualizada y por escrito:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1271

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA

- Documento de salud del asma en Pediatría del Gobierno de Aragón: antecedentes personales y familiares, desencadenantes conocidos, estudios complementarios realizados. Rellenar los datos que falten en el programa OMI-AP.
 - Plan de seguimiento del asma: tratamiento farmacológico de mantenimiento y técnica correcta de administración. Reconocimiento de síntomas en caso de asma mal controlado.
 - Plan de actuación ante una crisis asmática: reconocimiento de los síntomas y actuación en domicilio.
 - Recomendación de la vacunación antigripal.
- En una segunda visita (Pediatra), se realizará un seguimiento evolutivo del asma del paciente mediante el Cuestionario del control del asma en niños (CAN). Se valorará el impacto del asma desde la visita anterior: ingresos hospitalarios, visitas al centro de salud o a urgencias, absentismo escolar. Se completará el plan de seguimiento en el programa OMI-AP. En esta consulta, se realizará un repaso a los planes individualizados de tratamiento y a las técnicas de inhalación, modificando las dosis si fuera necesario, se reforzará la adherencia al tratamiento y se realizará educación sanitaria acerca de los desencadenantes, así como la solución de posibles dudas. El resto de visitas se realizarán en consultas de Pediatría o de Enfermería pediátrica, según la evolución del asma del paciente.
- Se informará a los profesionales del centro de salud (CS) de la realización del proyecto, mediante una sesión clínica: explicar el proyecto, participación en él, correcto registro en OMI-AP de las exacerbaciones y cambios en el tratamiento agudo, derivar a las consultas de Pediatría a aquellos niños en los que se observe un mal control de su patología desde las visitas a Atención Continuada.

INDICADORES

- N°niños asmáticos vacunados de gripe/N° niños asmáticos en total (60%)
- Prevalencia de niños asmáticos (5%)
- N°niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN"/N°niños asmáticos totales (80%)
- N°niños con una puntuación >8 en el "Cuestionario CAN"/ N°niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN" (<15%)
- N°niños asmáticos evaluados con el "Documento de seguimiento para el registro de visitas sucesivas" del Grupo de vías respiratorias de Aragón/N°niños asmáticos totales (80%)
- N°niños o familiares que acuden a las 2 visitas/n°total de niños asmáticos convocados (70%)

DURACIÓN

- Revisión bibliográfica y creación del protocolo: Junio 2018. Equipo de Pediatría (EP).
- Contacto telefónico con las familias de niños asmáticos: Septiembre-Octubre 2018. EP
- Sesión clínica sobre el proyecto al EAP: Octubre 2018. CS.
- Primera visita programada: Octubre-noviembre 2018. Enfermería.
- Segunda visita programada: Abril-Mayo 2019. Pediatría.
- Resultados del proyecto: Junio-Agosto 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0106

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCO DOMINGUEZ SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALLES GALLEGO VICTOR
BUISAN GIRAL MARIA JOSE
COSCOJUELA QUIROGA ANA
EITO CATIVIELA JOSE LUIS
BLASCO OLIETE MELITON
AURED DE LA SERNA ISABEL
BADIA PLAYAN CARRODILLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Incluido en cartera de servicios de AP
- 4 reuniones de dirección de AP con servicio de digestivo y laboratorio. También había representantes asistenciales de atención primaria
- 6 sesiones clínicas / formación en EAP (Barbastro, Monzón, Aínsa, Binéfar, Graus, Fraga) de 1 hora de duración para explicar los criterios de utilización del test y el procedimiento de realización. La totalidad de los EAP (15) han acudido a esta formación en el centro más cercano. La formación se impartió por parte de medicina y enfermería del servicio de digestivo
- Actualmente todos los EAP pueden solicitar / realizar tests desde AP, ya que se han distribuido por los centros hasta que se ha agotado el stock (la falta de tests se inició en verano)
- Se ha establecido el sistema de petición en OMI-AP y la integración de los resultados en OMI como una prueba de laboratorio más
- Coincidiendo con la implementación de los circuitos y las actividades formativas, se produjo la rotura de stocks del test, que no se ha resuelto hasta la segunda semana de enero. Hasta el momento no tenemos resultados valorables.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Coincidiendo con la implementación de los circuitos y las actividades formativas, se produjo la rotura de stocks del test, que no se ha resuelto hasta la segunda semana de enero. Hasta el momento no tenemos resultados valorables.
- Todos los Equipos de AP han recibido formación y han iniciado actividades para su puesta en marcha.
- El proyecto está muy avanzado, aunque no podemos medir resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El proyecto está muy avanzado, se ha trabajado la coordinación entre atención primaria, digestivo y laboratorio, y la organización de la logística de las pruebas, pero está pendiente de poder analizar resultados.
- Tenemos muchos problemas relacionados con el desabastecimiento, que han complicado el seguimiento/evaluación del proyecto.
- Necesitamos continuar con el proyecto en 2019 para consolidarlo, que los profesionales incorporen a su práctica diaria estas actividades, poderlo evaluar e iniciar nuevas acciones de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/106 ===== ***

Nº de registro: 0106

Título
MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON DISPEPSIA

Autores:
DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO, VALLES GALLEGO VICTOR, BUISAN GIRAL MARIA JOSE, COSCOJUELA QUIROGA ANA, EITO CATIVIELA JOSE LUIS, BLASCO OLIETE MELITON, AURED DE LA SERNA ISABEL, BADIA PLAYAN CARRODILLA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0106

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Cartera servicios AP

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Infradiagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con Dispepsia Gastrica, en pacientes atendidos AP debido a la falta de acceso a la prueba diagnóstica (Test del Aliento) por parte de los M.F. En AP de nuestro sector no se realiza el Test del *Helicobacter* en AP. Los resultados del test no están integrados en INTRANET ni en HCE por lo cual los resultados no son accesibles para A.P. Los pacientes con dispepsia consumen innecesariamente consultas de especialista de digestivo y tanto para la realización del test diagnóstico, la comunicación de los resultados de dicho test, la comunicación de resultados, la puesta en marcha del tratamiento si procede, y el posterior control de la erradicación tras el tratamiento. El médico de AP no controla el proceso ni interviene en el tratamiento, al no tener acceso a la prueba diagnóstica y desconoce los resultados del Test del Aliento realizados por A.E.

RESULTADOS ESPERADOS

- Incorporación de la técnica diagnóstica que se realizara en las consultas de enfermería correspondiente a cada paciente o en una consulta monográfica en dependencia de la organización y características de cada EAP.
- Creación de consultas específicas para la realización de la técnica (según organización de cada EAP).

MÉTODO

- 1.- Realización de talleres de formación en todos los C.S. para el conocimiento de la técnica de realización de la prueba.
- 2.- Formación de los médicos de familia en lo que se refiere al protocolo diagnóstico y terapéutico definido en el grupo de trabajo de protocolización.
- 3.- Adecuación del procedimiento informático. Modulab va a actuar como punto de conexión entre las solicitudes de Atención Primaria (OMI), las de Atención Especializada y el laboratorio de referencia, en el que se realice la prueba. Creación de nueva prueba llamada Test del Aliento de *Helicobacter Pylori*, con el código "TAHP". Del mismo modo los resultados se volcarán a Modulab y de éste a OMI, pero además quedarán todos disponibles en la Intranet.
- 3.-

INDICADORES

- Nº total de tests de diagnóstico utilizados en AP en 2018 / nº de tests utilizados en el sector (AP +AE) en el mismo periodo X 100 Valor Objetivo : 96/96(2017) > 50%
 - Nº de EAPs con sesiones clínicas realizadas e implementación protocolo de criterios diagnósticos y seguimiento de esta patología Valor Objetivo >90%
 - Nº de test positivos durante 2018 / nº de test utilizados en AP X 100 Valor Objetivo : a definir según la bibliografía conocida
 - Porcentaje de pacientes (14 a 55 años) con test positivo derivados a digestivo en el año Valor Objetivo :< 20 %
- A desarrollar SQL (DGA)

DURACIÓN

Todo el proceso se desarrollara durante el primer semestre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0106

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO DOMINGUEZ SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALLES GALLEGO VICTOR
BUISAN GIRAL MARIA JOSE
COSCOJUELA QUIROGA ANA
EITO CATIVIELA JOSE LUIS
BLASCO OLIETE MELITON
AURED DE LA SERNA ISABEL
BADIA PLAYAN CARRODILLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Incluido en cartera de servicios de AP.
- 4 reuniones de dirección de AP con servicio de digestivo y laboratorio. También había representantes asistenciales de atención primaria.
- 6 sesiones clínicas / formación en EAP (Barbastro, Monzón, Aínsa, Binéfar, Graus, Fraga) de 1 hora de duración para explicar los criterios de utilización del test y el procedimiento de realización. La totalidad de los EAP (15) han acudido a esta formación en el centro más cercano. La formación se impartió por parte de medicina y enfermería del servicio de digestivo.
- Actualmente todos los EAP pueden solicitar / realizar tests desde AP, ya que se han distribuido por los centros, así como la creación de agendas específicas (12 EAP cuentas con consulta monográfica).
- Se ha establecido el sistema de petición en OMI-AP y la integración de los resultados en OMI como una prueba de laboratorio más.
- Extracción de los datos de la web de Isomed, análisis de resultados y obtención de indicadores de derivación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Todos los Equipos de AP del sector han recibido formación y han iniciado actividades para su puesta en marcha. Nos planteamos un objetivo al inicio del proyecto de >90%.
- Porcentaje de pacientes (14 a 55 años) con test positivo solicitados desde atención primaria que son derivados a digestivo en el año: 0% (se ha revisado una muestra de 30 en las interconsultas de OMI).
- En el año 2019, el 75,1% de los tests se ha solicitado desde Atención Primaria (1073/1428). Se ha superado con creces el objetivo que nos planteamos de superar el 50%.
- % de tests positivos solicitados desde AP: 32,2% (346/1073).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El proyecto está finalizado, se han conseguidos todos los objetivos que se plantearon al inicio del mismo. La coordinación entre atención primaria, digestivo y laboratorio ha sido muy buena.
- Los profesionales han incorporado estas actividades a su práctica diaria estas actividades, y actualmente funciona de manera correcta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/106 ===== ***

Nº de registro: 0106

Título
MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON DISPEPSIA

Autores:
DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO, VALLES GALLEGO VICTOR, BUISAN GIRAL MARIA JOSE, COSCOJUELA QUIROGA ANA, EITO CATIVIELA JOSE LUIS, BLASCO OLIETE MELITON, AURED DE LA SERNA ISABEL, BADIA PLAYAN CARRODILLA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0106

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Cartera servicios AP

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Infradiagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con Dispepsia Gastrica, en pacientes atendidos AP debido a la falta de acceso a la prueba diagnóstica (Test del Aliento) por parte de los M.F. En AP de nuestro sector no se realiza el Test del *Helicobacter* en AP. Los resultados del test no están integrados en INTRANET ni en HCE por lo cual los resultados no son accesibles para A.P. Los pacientes con dispepsia consumen innecesariamente consultas de especialista de digestivo y tanto para la realización del test diagnóstico, la comunicación de los resultados de dicho test, la comunicación de resultados, la puesta en marcha del tratamiento si procede, y el posterior control de la erradicación tras el tratamiento. El médico de AP no controla el proceso ni interviene en el tratamiento, al no tener acceso a la prueba diagnóstica y desconoce los resultados del Test del Aliento realizados por A.E.

RESULTADOS ESPERADOS
- Incorporación de la técnica diagnóstica que se realizara en las consultas de enfermería correspondiente a cada paciente o en una consulta monográfica en dependencia de la organización y características de cada EAP.
- Creación de consultas específicas para la realización de la técnica (según organización de cada EAP).

MÉTODO
1.- Realización de talleres de formación en todos los C.S. para el conocimiento de la técnica de realización de la prueba.
2.- Formación de los médicos de familia en lo que se refiere al protocolo diagnóstico y terapéutico definido en el grupo de trabajo de protocolización.
3.- Adecuación del procedimiento informático. Modulab va a actuar como punto de conexión entre las solicitudes de Atención Primaria (OMI), las de Atención Especializada y el laboratorio de referencia, en el que se realice la prueba. Creación de nueva prueba llamada Test del Aliento de *Helicobacter Pylori*, con el código "TAHP". Del mismo modo los resultados se volcarán a Modulab y de éste a OMI, pero además quedarán todos disponibles en la Intranet.
3.-

INDICADORES
-- N° total de tests de diagnóstico utilizados en AP en 2018 / n° de tests utilizados en el sector (AP +AE) en el mismo periodo X 100 Valor Objetivo : 96/96(2017) > 50%
-- N° de EAPs con sesiones clínicas realizadas e implementación protocolo de criterios diagnósticos y seguimiento de esta patología Valor Objetivo >90%
-- N° de test positivos durante 2018 / n° de test utilizados en AP X 100 Valor Objetivo : a definir según la bibliografía conocida
-- Porcentaje de pacientes (14 a 55 años) con test positivo derivados a digestivo en el año Valor Objetivo :< 20 %
A desarrollar SQL (DGA)

DURACIÓN
Todo el proceso se desarrollara durante el primer semestre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0493

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE SUSANA PEREZ SARASA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERDALA CLEMENTE RAQUEL
CASTELLA SEGARRA MARTA
ARIÑO BAILO VANESA
LAPEÑA LLERA ANABEL
COSTA MENEN ELENA
DUESO CORVALAN MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Seguimiento del Protocolo Autonómico de contracepción, tanto por Atención Primaria, asumiendo la anticoncepción de bajo riesgo, como por especializada, controlando solamente la contracepción en mujeres de riesgo y derivando al control de DIUS a las matronas de AP
Reunión del grupo de trabajo.
Recogida de datos y variables por las enfermeras de consulta de ginecología de los métodos LARC instaurados.
Taller práctico acreditado para inserción y retirada de implantes. impartido por Dra Aragón como formadora SEC en Hospital de Barbastro el día 7 de noviembre del 2018 de 5 horas de duración.
Información por la matrona de Planta a las mujeres en el puerperio inmediato, de los métodos anticonceptivos existentes y si son mujeres de riesgo, se programa la cita en consulta especializada al alta postparto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las mujeres atendidas en el CS Fraga que solicitan información para IVES en los cinco últimos años han sido 144 De ella un 78.8 % son extranjeras y de las extranjeras las mujeres de Europa del Este suponen el 81,3% de las demandantes de IVES. En 2017 llama la atención que el 41,9% de las mujeres atendidas habían tenido un IVE previo. En 2018 se han atendido 18 mujeres que solicitan IVE, 13 menos que en 2017.
En 2018 se han controlado 199 mujeres embarazadas, de las cuales 103 eran Españolas (51.5%) y Extranjeras 97 (48.5%), siendo el porcentaje mayor los correspondientes a las nacionalidades de Rumania, Bulgaria y Marruecos. En este año observamos una disminución de mujeres que acuden a solicitar IVES es del 41,9%, en especial en el grupo de extranjeras que ha disminuido en un 46,1%
El número de implantes insertados por Atención Primaria ha pasado de 51 año el año 2016 a 164 en 2017 Y 206 en 2018, su uso se ha incrementado en un 403% en dos años, debido a la mejor accesibilidad de las usuarias.
En Atención Especializada se han colocado en 2017 solamente 21 implantes anticonceptivos y 50 en 2018
En 2016 se colocaron 9 implantes en urgencias de ginecología, en especial a mujeres en riesgo de exclusión para facilitarles el acceso al método. En 2017 solo se ha insertado uno y en 2018 ninguno ya que la incorporación de las matronas a esta actividad facilita la captación de grupos de riesgo y la inserción de métodos seguros sin demora dependiente de la consulta de ginecología. En urgencias en 2016 se instauraron 51 métodos LARC y en 2018 solo 22, incluyendo en ellos los DIUS MIRENA que se insertan por SMA.
En Atención especializada seguimos haciendo la retirada de los implantes .
DIUS: El gasto por DIUS de LNG de 5 años (Jaides y Kylena) en 2018 ha sido de 57, 48% más que el año anterior. Consideramos que puede tener utilidad en las jóvenes como método anticonceptivo y como tratamiento de dismenorreas y otras patologías y que es un método a potenciar.
Los DIUS de LNG en 2016 se colocaron 118, en 2017 unos 164 y en 2018 se han insertado 178.
En total se insertaron en las consultas de ginecología del Sector en 2018 unos 410 LARC, 109 más que en 2016
Demora en Consultas de ginecología para atender Inserción de métodos LARC. En Diciembre de 2016 teníamos una demora media de más de 90 días y en 2017 de 29 días para atender una la inserción métodos LARC. En Diciembre de 2018 la demora media ha sido diferente en las consultas Monzón y Barbastro, siendo ésta de más de 90 días por problemas de falta de personal, mientras que en Fraga la demora ha sido de 20 días. A fecha 30 de enero no hay demora en ninguna consulta por la realización de consultas extraordinarias y a la disminución de demanda por anticoncepción de bajo riesgo que la asumen los equipos de Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Número de mujeres que se informa sobre anticoncepción en Planta de puérperas: 90 %
Número de DIUS insertos en consultas en 2018: 292
Numero de DIUS en nulipara 2018: 30
Número de implantes insertados por Atención Primaria 2018: 206
Numero de implantes insertados por Atención especializada en 2018: 50
Numero de implantes retirados por mala tolerancia en AP en 2018 : 2
Control de complicaciones. 1 IMPLANTE POR INFECCIÓN DE LA HERIDA
La población en edad fértil que asistimos en el Sector Barbastro, es compleja, el porcentaje de mujeres extranjeras atendidas en el parto en el hospital es del 35% y en algunas consultas, como Fraga, llega al 48%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0493

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

con 18 nacionalidades diferentes.

Se trabaja para informar sobre anticoncepción y evitar IVES de repetición, captando mujeres de riesgo por matronas de Atención Primaria y matronas de Planta y facilitarles el acceso a métodos seguros.

Destacar la importancia del implante anticonceptivo como método de larga duración, seguro y cuya eficacia no depende de la usuaria, la instauración del mismo por las matronas de AP permite ofertarlos a todas las mujeres del Sector en igualdad de condiciones y favorecer la atención a las mujeres de las Zonas Básicas más alejadas del hospital.

El incremento en la inserción de metodos LARC permite ofrecer una anticoncepción segura y eficaz en el Sector.

El 21% de las mujeres atendidas en CE. de Fraga para LARC había tenido IVES previos.

En 2018 han disminuido las mujeres que solicitan IVES, desconocemos si es por la mayor oferta de métodos seguros o es circunstancial.

Consideramos necesario trabajar coordinadamente, enfermería, matronas y ginecólogos para facilitar la contracepción segura.

El hecho de que los equipos de AP asuman la anticoncepción de bajo riesgo, disminuye la presión asistencial y la demora para poder instaurar los métodos LARC seguros y con alta eficacia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/493 ===== ***

Nº de registro: 0493

Título
COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Autores:
PEREZ SARASA SUSANA, BERDALA CLEMENTE RAQUEL, GASCON MAS ELENA, ARIÑO BAILO VANESA, LAPEÑA LLERA ANA ISABEL, COSTA MENEN ELENA, DUESO CORBALAN CARMEN, IRICIBAR MIR LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Anticoncepción
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

En el Sector Barbastro trabajan,matronas de AP, enfermería y ginecólogos, facilitando la información en contracepción y la accesibilidad a las consultas, en especial a mujeres en riesgo de exclusión.

En 2015, iniciamos un Plan de Mejora, para informar en el puerperio inmediato sobre métodos LARC. De las mujeres informadas, solo un 8% acudieron a la instauración de métodos. El implante, era bien aceptado en etnia gitana e inmigrantes.

Seguimos trabajando el circuito asistencial en el postparto inmediato.

En 2015, se inició en AP la inserción de implantes subdérmicos por parte de las matronas,

El 33% de los partos atendidos en 2017 en H.de Barbastro, son inmigrantes y en consulta de Fraga un 44%. Este colectivo, es especialmente vulnerable por barrera idiomática y desconocimiento de los recursos y es en la consulta de la matrona donde se pueden captar con más facilidad. El 60% de las mujeres que solicitaron información sobre IVE en Fraga, fueron extranjeras.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general: Mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Objetivos específicos.

- Información contraceptiva en puerperio inmediato.
- Dar información escrita y clara de los diferentes métodos.
- Potenciar uso de métodos seguros de Larga Duración (LARC)
- Espaciar intervalo intergenésico en mujeres vulnerables.
- Facilitar la atención en cta. especializada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0493

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

- Promover medidas preventivas materno-infantiles.
- Adecuar las medidas anticonceptivas a la madre lactante.
- Apoyo a la lactancia.

MÉTODO

Presentación del Protocolo Autonómico en S. de ginecología y realización de reunión conjunta con las matronas de AP para valorar las novedades.
Curso acreditado por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) en H.de Barbastro el 29/09/2016.
Recogida de datos y variables por las enfermeras de consulta de ginecología de los métodos LARC instaurados.
Taller practico acreditado para inserción y retirada de implantes. impartido por Dra Aragón, formadora SEC en H. de Barbastro el 14/11/2017 (5h)
Información contraceptiva en el puerperio inmediato y si son de riesgo, derivar a consulta especializada.
RESULTADOS 2017
MUJERES QUE SOLICITAN IVES ATENDIDAS C.S FRAGA .
En los 5 últimos años 144 mujeres solicitan información para IVES.
Un 78,8 % son extranjeras (81,3% de Europa del Este) .En 2017 el 41,9% habían tenido un IVE previo
Implantes en AP se han incrementado en un 321% en 2017.
El nº de implantes en las consultas de zonas alejadas del hospital fue de 33 en 2017.
DIUS: Jaides, colocados 9 en todo el Sector.
DIUS Mirena se ha incrementado en un 29.6%
Total insertados en consulta de ginecología 352 LARC 2016 y 322 LARC 2017.
Demora en Cta. ginecología para Inserción de métodos LARC 30 dias.

INDICADORES

Nºmujeres puérperas informadas en Planta 90 %
NºDIUS insertos en 2018.
Nºimplantes insertos por A. P. y A. Especializada en 2018
Nºimplantes retirados por mala tolerancia
Control complicaciones.

DURACIÓN

Finalización en Dic. 2018.
Recogida complicaciones de los implantes.
Taller practico :Retirada implantes por matronas Nov. 2018
Evaluación: Nov. 2018

OBSERVACIONES

Destacar la importancia del implante como método LARC, seguro y cuya eficacia no depende de la usuaria, la inserción por las matronas de AP permite ofértales todas las mujeres del Sector y favorecer la atención a las mujeres de las Zonas Básicas más alejadas del hospital.
El 21% de las mujeres atendidas en CE Fraga para LARC han tenido IVES previos.
Es necesario seguir trabajando conjuntamente con enfermería, para captar mujeres de riesgo.

11. ENFOQUE PRINCIPAL DEL PROYECTO

Coordinarnos con matronas de AP para captar grupos de riesgo y simplificar el circuito de acceso a los métodos anticonceptivos seguros
Atender de forma preferente a mujeres con patología o problemática social que lo soliciten.
POBLACION DIANA.
Mujeres en edad fértil que acuden a parir al hospital de Barbastro. 640
Todas mujeres en edad fértil del Sector.
Mujeres entre 15 y 65 años 31.731

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1032

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA EN LABORATORIO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE AMADO TAPIA LANUZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CATENA LACOMA MARIA JOSE
ROBRES GUILLEN MARIA PILAR
LOPEZ SANCHEZ BELEN
COSTA CATALAN PALOMA
SOPENA MURILLO ANA CRISTINA
PEREZ PEREZ ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha implantado en el sistema informático del Laboratorio un algoritmo para detectar aquellas muestras de orina de Urgencias que presentan sospecha de tener una infección del tracto urinario (ITU) en base a los resultados obtenidos en el análisis cualitativo realizado.

Se ha implando el procedimiento para crear automáticamente el cultivo de orina en las muestras seleccionadas por el algoritmo y para incluir en el informe de urgencias un comentario que avise al médico solicitante de que el cultivo está en curso.

Se ha establecido el sistema para la conservación de las muestras, de modo que puedan ser sembradas en el próximo turno de trabajo de Microbiología y se ha notificado a todo el personal técnico del Laboratorio.

Se ha comunicado a los facultativos de Urgencias que no es necesario que realicen solicitud de cultivo ni envíen muestra para aquellos paciente bb que les hemos enviado el comentario "cultivo en curso"-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la actualidad, la totalidad de las muestras recibidas en el Laboratorio procedentes del Servicio de Urgencias está siendo filtradas y detectados los casos de sospecha de ITU, según los resultados de los análisis. A todas ellas se les solicita el cultivo de orina y la muestra es guardada para su posterior siembra.

Aproximadamente 40 muestras mensuales cumplen los criterios y son procesadas por este sistema.

Los resultados de los cultivos muestran que el 80 % de ellas tienen un informe como cultivo positivo y se incluye el antibiograma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados son muy positivos facilitando y agilizando la labor de los profesionales de urgencias y evitando que algunos pacientes se marchen de alta sin el correspondiente cultivo y antibiograma, cuando procede.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1032 ===== ***

Nº de registro: 1032

Título
MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA ENLABORATORIO

Autores:
TAPIA LANUZA AMADO, CATENA LACOMA MARIA JOSE, ROBRES GUILLEN MARIA PILAR, LOPEZ SANCHEZ BELEN, COSTA CATALAN PALOMA, SOPENA MURILLO ANA CRISTINA, PEREZ PEREZ ANA BELEN, CLUSA BARRABES CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1032

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA EN LABORATORIO

Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad, las muestra de orina recibidas de pacientes ambulatorios para análisis cualitativo y sedimento, cuyos resultados cumplen con los criterios establecidos por el Laboratorio para considerar que el paciente sufre una infección del tracto urinario (ITU), son derivadas a la sección de Microbiología para su cultivo. Esto evita que el médico tenga que solicitar el cultivo en una nueva muestra, adelanta la identificación del germen causante y su antibiograma, y permite la instauración de un tratamiento precoz adecuado en base a las sensibilidades mostradas. Los resultados obtenidos son muy buenos: entre el 1 y 2 % de las muestras totales analizadas son derivadas para cultivo y más del 80 % de estas tienen un resultado positivo y se informa el antibiograma. Las muestras de urgencias han estado hasta la fecha excluidas de este procedimiento, sobretodo por la complejidad añadida que supone su gestión fuera del horario de actividad normal del Laboratorio. Hemos detectado que a los pacientes con sospecha diagnóstica de ITU en el Servicio de urgencias se les instauro tratamiento empírico y se les remite a su médico de cabecera. Este cuando recibe al paciente no dispone de la confirmación del cultivo positivo ni del antibiograma para comprobar la idoneidad del tratamiento. Consideramos que este proyecto, con un uso muy limitado de recursos, puede mejorar notablemente la atención a los pacientes que acuden al servicio de Urgencias con ITU y favorece la continuidad de la asistencia en Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos:

- 1- Detectar a aquellos pacientes que acuden a Urgencias con ITU
- 2- Implantar una sistemática que permita realizar el cultivo de orina y el antibiograma, cuando este sea positivo, a partir de la muestra analizada en el Laboratorio con carácter urgente.

Población diana:

Número total de pacientes con análisis cualitativo de orina de Urgencias aproximado 600/mes. Cumplen los criterios de ITU entre un 5 y un 10 % (30-60 pacientes /mes).

MÉTODO

Actividades:

- 1- Revisar el algoritmo de detección de las ITU con los resultados de la tira y el sedimento en el programa informático (Ana Cristina Sopena)
- 2- Establecer un método de conservación de la muestra. Pilar Robres
- 3- Implantar el procedimiento de solicitud del cultivo.
- 4- Plan de comunicación al personal del Laboratorio
- 5- Comunicación externa a los facultativos de Urgencias y Atención Primaria.

INDICADORES

Consideraremos cumplido el proyecto cuando más del 80 % de las muestras que cumplan los criterios de ITU en urgencias tengan un informe de urocultivo.

DURACIÓN

- 1- Revisar el algoritmo de detección de las ITU con los resultados de la tira y el sedimento en el programa informático: julio 2018
- 2- Establecer un método de conservación de la muestra. Pilar Robres:julio 2018
- 3- Implantar el procedimiento de solicitud del cultivo. septiembre 2018
- 4- Plan de comunicación al personal del Laboratorio: septiembre 2018
- 5- Comunicación externa a los facultativos de Urgencias y Atención Primaria: septiembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1032

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA EN LABORATORIO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1241

1. TÍTULO

MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO E LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA SOPENA MURILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TAPIA LANUZA AMADO
SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES
LALANA GARCES MARTA
FONTAN ABAD ADRIAN
PAUL VIDALLER PEDRO
PORTOLES CARDONA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1) Se ha actualizado el sistema informático del laboratorio (LIS) de manera que permite la integración de las bases de datos del laboratorio del CAR de Fraga. Esta integración permite la visualización de las analíticas realizadas en este laboratorio y realizar una gestión de estos datos a distancia.
2) Se ha incorporado un sistema de control de calidad para todos los parámetros realizados en este centro. La incorporación de controles de calidad permite garantizar la fiabilidad de los resultados.
3) El sistema informático nos permite visualizar las analíticas realizadas a pacientes en este centro y su gestión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este momento el 100% de las analíticas realizadas en el laboratorio de CAR de Fraga pueden ser visualizadas desde el SIL del laboratorio del Hospital de Barbastro. Se dispone de un sistema de control de calidad para todas las técnicas realizadas en este centro. El 100% de los controles de calidad pueden ser visualizados desde nuestro laboratorio lo que permite su evaluación por el facultativo responsable para garantizar los resultados de las analíticas y proceder a la validación facultativa. La validación de los resultados es llevada a cabo por el técnico o enfermera responsable del laboratorio de Fraga. Posteriormente el facultativo de guardia del Hospital de Barbastro realiza la validación facultativa. Actualmente el 100% de las analíticas realizadas son supervisadas y validadas por el facultativo. Una de las actividades propuestas en este proyecto era mejorar la gestión económica mediante la realización de un concurso público de adquisición de reactivos. Estamos a la espera de realizar el concurso público por lo que el objetivo no se ha podido cumplir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este proyecto ha permitido incorporar el laboratorio de CAR de Fraga al laboratorio del Hospital de Barbastro. Desde nuestro hospital podemos realizar la gestión de estos resultados mediante la visualización de los controles de calidad y la validación facultativa de los resultados. Sería recomendable realizar un documento de aseguramiento de la calidad con la persona responsable del laboratorio en el CAR de Fraga para una mejor gestión de los controles. En el futuro y dependiendo del concurso público de reactivos esperamos mejorar la gestión económica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1241 ===== ***

Nº de registro: 1241

Título
MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO EN LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
SOPENA MURILLO ANA CRISTINA, TAPIA LANUZA AMADO, SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES, LALANA GARCES MARTA, FONTAN ABAD ADRIAN, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, PORTOLES CARDONA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1241

1. TÍTULO

MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO E LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La desaparición de Consorcio de Alta Resolución de Aragón (CASAR) ha conducido a que los centros sanitarios que eran gestionados por éste hayan pasado a depender de las respectivas gerencias del sector sanitario en el que están ubicados. Es un objetivo de la Dirección del Hospital de Barbastro que los servicios de éste asuman el control del funcionamiento de los correspondientes servicios del CAR de Fraga. Hasta noviembre de 2017 la prestación analítica de ese centro estaba adjudicada por concurso público a un laboratorio privado de Jaca. El Hospital de Barbastro venía soportando el gasto de reactivos, pero la responsabilidad facultativa recaía en la empresa adjudicataria.

RESULTADOS ESPERADOS

Gestionar desde el servicio de Análisis Clínicos y Hematología del Hospital de Barbastro, tanto desde el punto de vista de la prestación analítica como de la económica, el funcionamiento del laboratorio del CAR de Fraga: Mejorar la calidad de la información integrando los datos en la base de datos de Barbastro. Mejorar la calidad analítica implantando un programa de control de calidad. Actualizar el tipo y características de las pruebas disponibles Mejorar la gestión económica.

MÉTODO

1-Actualizar la versión del sistema informático del Laboratorio (LIS) de Barbastro para que permita el trabajo en modo multicentro.
2-Incorporar la base de datos del laboratorio del CAR de Fraga a la de Barbastro para integrar los datos demográficos de pacientes y los resultados y poder hacer una gestión a distancia de los mismos.
3-Implantar un sistema de aseguramiento de la calidad, mediante la incorporación de controles a la actividad analítica para garantizar los resultados y proceder a su validación facultativa.
4- Actualizar el catálogo de pruebas disponibles adecuándolo a las necesidades clínicas del CAR de Fraga
5- Mejorar la gestión económica mediante la realización de un concurso público de adquisición de reactivos.

INDICADORES

1- Visualización y gestión del 100% de las analíticas efectuadas en el CAR de Fraga desde el SIL del Hospital de Barbastro.
2- % de analíticas con validación facultativa: objetivo > 90 %
3- Disponer de gráfica de controles para el aseguramiento de la calidad en el 100% de las técnicas implementadas en el CAR de Fraga.
4- Visualización desde el CAR de Fraga de un catálogo de pruebas en octubre de 2018.
5- % de disminución del gasto tras la incorporación al laboratorio del Hospital de Barbastro.

DURACIÓN

Los puntos 1 y 2 (actualización de la versión del sistema informático del laboratorio y la integración de la base de datos del laboratorio CAR de Fraga a la de Barbastro) ya ha sido realizada a fecha 31 de mayo de 2018.

3-Implantar un sistema de aseguramiento de la calidad, mediante la incorporación de controles a la actividad analítica para garantizar los resultados y proceder a su validación facultativa: octubre 2018

4- Actualizar el catálogo de pruebas disponibles adecuándolo a las necesidades clínicas del CAR de Fraga: octubre 2018

5- Mejorar la gestión económica mediante la realización de un concurso público de adquisición de reactivos. Debido a que la realización de este punto depende de la realización de un concurso público establecemos el plazo en diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1241

1. TÍTULO

MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO E LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0237

1. TÍTULO

UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA CONSTANZA ARANA LENIS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRASQUER PUYAL AURORA
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
LATRE SASO CRISTINA
NAVARRO CASTAÑ HERMINIA
HIDALGO MENE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Mayo 2018 a Febrero 2019. Hemos llevado a cabo una reunión cada dos semanas con el equipo de trabajo para el desarrollo de todas las fases del proyecto.
-Mayo a Julio 2018 hemos realizado una revisión detallada, sistematizada de la legislación actual con respecto a la normativa vigente de los consentimientos informados
-Septiembre a Diciembre 2018 hemos realizado la revisión y unificación del consentimiento informado de los procedimientos de anestesia general, regional y sedación, a nivel del hospital de Barbastro. Hemos presentado dicho documento en la reunión general de los jefes de servicio de Aragón para su revisión, aprobación y posterior implementación.
-Enero a Febrero 2018 hemos enviado el documento a revisión por el comité de historias clínicas del hospital de Barbastro y una vez autorizado hemos iniciado el trámite de colgar el consentimiento en la intranet de nuestro hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Hemos logrado un consenso con respecto al desarrollo del consentimiento anestésico informado y su unificación en el Hospital de Barbastro.
-Hemos llevado dicho documento a la reunión de los Jefes de Anestesiología y Reanimación donde ha sido discutido y revisado.
-Hemos enviado el documento final a revisión por el comité de historias clínicas del hospital de Barbastro y una vez autorizado hemos iniciado el trámite de colgar el consentimiento en la intranet de nuestro hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-En este momento ya disponemos del Consentimiento Anestésico Informado elaborado según la normativa vigente en la legislación española, unificado y revisado por todos los jefes de Anestesia de Aragón.
-Está en curso la publicación del consentimiento unificado en la intranet del Hospital de Barbastro y en general de todos los hospitales de Aragón. Mayo 2019
-Está pendiente la socialización del documento mediante la comunicación escrita con acuse de recibo a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro. Junio 2019
-Está pendiente la implementación del uso del consentimiento anestésico informado unificado.
Julio-Diciembre 2019
-El importante retraso que ha presentado el desarrollo de nuestro proyecto obedece al intento de unificación del documento a nivel de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/237 ===== ***

Nº de registro: 0237

Título
UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA, ABAD SANZ MARIA, BENTUE OLIVAN LUCIA, GALLEGO FRANCO FRANCISCO JAVIER, HIDALGO MENE MARIA JESUS, HUICI GERMAN ALBERTO, NAVARRO CASTAÑ HERMINIA, SANCHEZ URIA LUCIANO VALENTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0237

1. TÍTULO

UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

ES LA LEY 14/1986, DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD, LA PRIMERA QUE HA REGULADO LA EXIGENCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DERIVA DE LA PROMULGACION DE LA CONSTITUCION ESPAÑOLA DE 1978. EN ESE MOMENTO CAMBIA LA CONDICION DEL PACIENTE DE PARA SER CONSIDERADO USUARIO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS, CON EL CONSECUENTE DERECHO A LA INFORMACION SANITARIA.
BAJO ESTE PRECEPTO ES DE SUMA IMPORTANCIA LA ACTUALIZACION Y UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESICO.

RESULTADOS ESPERADOS

UNA VEZ ACTUALIZADO Y UNIFICADO EL CONSENTIMIENTO ANESTESICO INFORMADO SERA PUBLICADO EN LA INTRANET DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SERA DE USO OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PACIENTES A QUIENES SE LES VAYA A REALIZAR CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUE REQUIERA ANESTESIA.

MÉTODO

Realizaremos los siguientes procedimientos
1- Revisión sistematizada de la legislación actual con respecto a la normativa vigente con respecto a los consentimientos informados
2- Revisión y unificación del consentimiento informado de los procedimientos de anestesia general, anestesia regional y sedación
3- Publicación del consentimiento informado unificado en la intranet del Hospital de Barbastro
4- Socialización del consentimiento anestésico unificado mediante comunicación a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro
5- Implementación del uso del consentimiento anestésico unificado

INDICADORES

1- Publicación, en la intranet del Hospital, del consentimiento e implementación de su uso. La evaluación de este indicador la realizaremos mediante la siguiente medición: N° de pacientes programados para intervenciones quirúrgicas vistos en la consulta preanestésica en un periodo de 6 meses después de la implementación del proyecto/N° pacientes programados para intervenciones quirúrgicas vistos en la consulta preanestésica en un periodo de 6 meses después de la implementación del proyecto que firmaron el consentimiento anestésico unificado X 100;

2- Verificación de la socialización del consentimiento anestésico unificado mediante acuse de recibo de las comunicaciones enviadas a los diferentes jefes de servicio mediante acuse de recibo

DURACIÓN

1- Revisión sistematizada de la legislación actual con respecto a la normativa vigente con respecto a los consentimientos informados. Mayo 2018
2- Revisión y unificación del consentimiento informado de los procedimientos de anestesia general, anestesia regional y sedación. Mayo 2018
3- Publicación del consentimiento informado unificado en la intranet del Hospital de Barbastro. Previa autorización por parte del comité de historias clínicas. Junio 2018
4- Socialización del consentimiento anestésico unificado mediante comunicación a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro. Junio 2018
5- Implementación del uso del consentimiento anestésico unificado. A partir de julio de 2018-Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0238

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE AURORA CARRASQUER PUYAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
LATRE SASO CRISTINA
NAVARRO CASTAÑ HERMINIA
HUICI GERMAN ALBERTO
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Mayo 2018 a Febrero 2019. Hemos llevado a cabo una reunión semanal con el equipo de trabajo para el desarrollo de todas las fases del proyecto.
-Mayo a Agosto 2018 hemos realizado una revisión detallada del formulario actual de valoración pre anestésica
-Septiembre a Diciembre 2018 hemos solicitado la autorización de la implementación del formulario por parte del comité de Historias Clínicas del Hospital de Barbastro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Hemos logrado el desarrollo del formulario de valoración pre anestésica, previa revisión y discusión del documento basados en los formularios de otras instituciones hospitalarias del país.

-Hemos llevado dicho documento al Comité de Historias Clínicas del Hospital

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-En este momento ya disponemos del formulario de Valoración Pre anestésica del Hospital de Barbastro autorizado por el Comité de Historias Clínicas
-Está pendiente su publicación en la intranet del Hospital de Barbastro y en general de todos los hospitales de Aragón. Mayo 2019
-Está pendiente la finalización del proceso de informatización del formulario y su socialización mediante la comunicación escrita a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro incluyendo el Departamento de enfermería. Diciembre 2019
-Está pendiente la implementación del formulario de valoración pre anestésica Julio-Diciembre 2019
-El importante retraso que ha presentado el desarrollo de nuestro proyecto obedece al intento de unificación del documento a nivel de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/238 ===== ***

Nº de registro: 0238

Título
INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA, ABAD SANZ MARIA, BENTUE OLIVAN LUCIA, CARRASQUER PUYAL AURORA, ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, HUICI GERMAN ALBERTO, NAVARRO CASTAÑ HERMINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0238

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La valoración preanestésica es el protocolo de estudio que permite la evaluación del estado físico y riesgo del paciente para establecer un plan anestésico de acuerdo con su análisis y, de ser posible, respetar la preferencia del paciente. Para realizar la valoración, según se indique, deberá contar con exámenes de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, pruebas de coagulación), Rx de tórax y electrocardiograma, que son estudios realizados al paciente antes de la administración de la anestesia, cuyos resultados deben quedar registrados en dicho documento, para evaluar el estado físico y riesgo al que estará expuesto. La informatización de la valoración preanestésica nos permitirá optimizar recursos, ahorrar tiempo, pero sobre todo nos permitirá dar una mejor calidad en la atención al paciente por cuanto la información de su historia clínica quedará plasmada con claridad y homogeneidad en la intranet del hospital para disposición de todo el que la necesite.

RESULTADOS ESPERADOS

1-Revisión, optimización e informatización del formulario de valoración preanestésica del Hospital de Barbastro y la implementación de su uso en todos los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento anestésico.

MÉTODO

1- Realizaremos una revisión detallada de los formularios de valoración preanestésica que se están utilizando actualmente en los diferentes servicios de Anestesiología y Reanimación del país con el fin de extraer la información que mejor se adapte a nuestros pacientes y procedimientos quirúrgicos y así lograr optimizar el formulario que utilizamos en este momento en el Hospital de Barbastro
2-Una vez desarrollado el formulario lo enviaremos al Comité de Historias Clínicas para la autorización de su implementación .
3-El proceso de informatización del documento lo realizaremos de la mano del departamento de Informática del Hospital de Barbastro quines se encuentran en este momento en el desarrollo de un software para tal fin.
4-La socialización del documento la realizaremos mediante comunicación escrita a los jefes de servicio del hospital, incluyendo el departamento de enfermería.
5-Para la implementación del uso del formulario solicitaremos al Departamento de Informática del Hospital de Barbastro una capacitación de los anestesiólogos y personal de enfermería de consulta externa en los temas informáticos relevantes para dicho fin.
Una vez terminada la capacitación iniciaremos el proceso de diligenciamiento de la valoración preanestésica en la intranet.
6-Realizaremos un primer análisis de datos recogidos
7-Divulgaremos los resultados obtenidos
8_Estableceremos planes de mejora

INDICADORES

-Porcentaje de pacientes cuya valoración preanestésica se realiza en el documento informatizado:

$\frac{\text{Nº de pacientes con valoración preanestésica informatizada}}{\text{Nº Total de pacientes vistos en la consulta preanestésica}} \times 100$

$\frac{\text{Nº de pacientes con valoración preanestésica informatizada}}{\text{Nº Total de pacientes vistos mediante hoja de consulta}} \times 100$

-Porcentaje de pacientes con la valoración preanestésica informatizada perfectamente cumplimentada

- Verificación de la socialización del documento mediante acuse de recibo de las comunicaciones enviadas a los diferentes jefes de servicio y departamento de enfermería del hospital.

DURACIÓN

1-Revisión y optimización del formulario actual de la valoración preanestésica. Mayo 2018
2-Autorización de la implementación del formulario por parte del comité de Historias Clínicas. Junio 2018
3-Proceso de informatización del documento. Julio-Octubre 2018
4-Socialización del documento. Noviembre 2018
5-Implementación de su uso en todos los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0238

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

anestésico.Diciembre 2018-Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0892

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE YOLANDA PUEYO VICENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COSTA BRUALLA CRISTINA
PARDENILLA VIÑUALES EMMA
CARRERA ALEGRE ANA JOVITA
BALLARIN BUISAN MARIA JOSE
ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN
BELLOSTA PUEYO MERCEDES
ABAD SANZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una revisión del carro de intubación dificultosa junto con el Jefe de Servicio de Anestesia, se ha retirado el material más obsoleto y se ha añadido material más novedoso. Consensuado y aprobado en el servicio de quirófano.

Se ha reestructurado la hoja del listado del material que contiene el carro, para que se revise diariamente por el personal de enfermería.

Se ha realizado una sesión informativa del personal de enfermería de quirófano y de la UCI. Se ha informado de la actualización del carro de intubación dificultosa (contenido actual y su distribución). También en la misma sesión se ha explicado el funcionamiento y manejo de los nuevos dispositivos ante una intubación dificultosa, dejando a disposición de todos los trabajadores de quirófano un archivo informático que detalla lo explicado en dicha sesión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la sesión informativa realizada y pasado un periodo de tiempo prudencial, nuestros compañeros del servicio nos han explicado que les ha sido muy beneficioso a la hora de llevar a cabo estas técnicas. El registro de la hoja del listado del material se hace diariamente de manera correcta.

Nº sesiones: 1

Nº asistentes: 32

Hojas impresas de revisión: si

Hojas impresas del listado del material: si

Hojas de registro de intubaciones: si

Nº intubaciones (mayo - diciembre 2018):17

Nº intubaciones exitosas/Nº intubaciones con fibroscopio total: 16/17

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El conjunto del equipo de este proyecto de mejora estamos muy satisfechas con la nueva organización del carro de intubación dificultosa; ya que nos facilita nuestra correcta actuación ante situaciones que conllevan un riesgo vital para el paciente con intubación dificultosa.

La sesión informativa ha sido muy útil tanto para el personal quirúrgico habitual como para el de nueva incorporación, ya que facilita la estandarización de las actividades de enfermería necesarias para una correcta intubación dificultosa del paciente, minimizando riesgos indeseables.

El proyecto esta finalizado sin nada pendiente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/892 ===== ***

Nº de registro: 0892

Título
MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
PUEYO VICENTE YOLANDA, COSTA BRUALLA CRISTINA, PARDENILLA VIÑUALES EMMA, CARRERA ALEGRE ANA JOVITA, BALLARIN BUISAN MARIA JOSE, ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN, BELLOSTA PUEYO MERCEDES, ABAD SANZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0892

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con vía aérea dificultosa
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el servicio de quirófano del hospital de Barbastro tratamos pacientes que presentan dificultades del abordaje de la vía aérea. Para ello disponemos de un carro de intubación dificultosa provisto de materiales y accesorios indispensables para realizar una exitosa intubación. Debido a la elevada oferta de nuevos materiales en el mercado, este carro ha sufrido cambios recientemente, por lo que pensamos que es fundamental actualizar su contenido y que todo el personal lo conozca, ya que se utiliza para la intubación dificultosa de los pacientes descritos anteriormente, para intervenciones quirúrgicas en pacientes con patologías más graves, que anteriormente se derivaban a otros hospitales por no disponer de UCI, y también se utiliza en el servicio de UCI.

Ante estas evidencias pensamos que es necesario la actualización, reestructuración y mejora del carro de intubación dificultosa que existe en la unidad, a la vez que unificar la actuación ante estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Estandarización y unificación de la actuación en pacientes con intubación dificultosa.
2. Reestructurar y organizar el carro de intubación dificultosa, adecuándolo al material nuevo.
3. Divulgación de los nuevos cambios al personal del servicio de quirófano.

MÉTODO

1. Se añadirá el material nuevo al carro de intubación dificultosa y se retirará el que ha quedado obsoleto.
2. Imprimir hojas nuevas de reposición y revisión del contenido del carro.
3. Sesión formativa al personal de quirófano y UCI de los nuevos cambios y las actuaciones a seguir.

INDICADORES

- N° de sesiones:
- N° de asistentes:
- Hojas impresas de contenido y revisión (si/no)
- Listado del material del carro (si/no)
- Hoja de registro de intubación con fibroscopio e incidencias
- N° intubaciones con fibroscopio
- N° intubaciones con fibroscopio exitosas / n° intubaciones con fibroscopio total.

DURACIÓN

- Reestructuración y organización del carro: noviembre 2018
- Imprimir hojas de contenido y revisión: noviembre 2018
- Realizar sesiones: enero - febrero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE CARMEN ESCOLANO HURTADO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONSERRAT
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA
IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- De mayo del 2018 a febrero del 2019. Se realizó 1 reunión semanal con el equipo de trabajo para la organización y realización de todas las fases del proyecto.
- Mayo. Se diseñó la hoja de recogida de datos y se establecieron las pautas para la recogida.
- Junio. Se recogieron datos durante un mes para conocer situación de partida.
- Julio. Se realizó el análisis de los datos (estudio descriptivo, 175 casos con 19 variables recogidas).
- Septiembre y octubre. Según resultados del estudio y búsqueda de evidencia, se realizó un protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en los pacientes postquirúrgicos.
- Octubre. Se presentó y acepto el protocolo por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro.
- De octubre-diciembre. Se realizó la formación del equipo en las actuaciones del protocolo y se puso en marcha. Se recogieron datos postintervención, durante 2 meses (382 casos).
- Diciembre. Se realizó el análisis del estudio pre-post con 557 casos.
- Enero 2019. Elaboración de las conclusiones.
- Febrero 2019. Realización de la memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Conocer la situación de partida (análisis descriptivo de 19 variables): prevalencia de hipotermia al ingreso en la URPA/CMA (74%), recuperación de la normotermia (temperatura corporal axilar entre 36-37.2°C) al alta de la URPA/CMA (71.8%), grado de confort térmico al alta (87.7%), no existencia de frío al alta (96%).
- Realización de un protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en los pacientes postquirúrgicos según el modelo establecido por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro.
- Medición de los indicadores del protocolo: existencia del material necesario (mantas convencionales, 4 calefactores y mantas desechables, 2 termómetros de medición precisa de temperatura corporal), el 100% del personal fijo de plantilla está formado en las actuaciones del protocolo de recuperación térmica y lo lleva a cabo, el 81.3% de los pacientes son dados de alta en la unidad de URPA/CMA con normotermia, el 98.7% de los pacientes al alta tiene un grado de confort térmico bueno y el 98.4% de los pacientes no tiene frío al alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este momento se dispone de un protocolo de actuación de recuperación de la hipotermia en pacientes postquirúrgicos, del material y la formación necesaria para llevarlo a cabo. Se han conseguido todos los objetivos planteados y se han medido los indicadores del protocolo con mejoría de resultados en los pacientes. El protocolo ha pasado el control de la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro y ha sido publicado en la intranet local, estando disponible para todo el personal del Sector.
El personal de URPA/CMA se compromete a continuar actuando según las acciones marcadas en el protocolo, midiendo los indicadores anualmente y realizando las revisiones de dicho protocolo cada 2 años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1088 ===== ***

Nº de registro: 1088

Título
MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Autores:
ESCOLANO HURTADO CARMEN, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes postquirurgicos
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hipotermia (temperatura < 36 °C) durante la fase intra-operatoria tiene una incidencia superior al 60%. Las complicaciones más importantes de la hipotermia son: aumento de los eventos cardíacos mórbidos, aumento de la infección quirúrgica, estancia hospitalaria prolongada, y aumento significativo del sangrado quirúrgico. El mantenimiento de la normotermia en el periodo perioperatorio mejora el confort del paciente y disminuye las complicaciones. En el Servicio de URPA/CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), se observa que los pacientes refieren haber pasado frío en quirófano y/o continúan teniéndolo al ingreso en URPA/CMA. Se toma la temperatura axilar al ingreso y se coloca manta convencional. En la mayoría de las ocasiones el paciente queda conforme, pero la temperatura no siempre llega a valores normales. La medición y recuperación de la temperatura corporal de los pacientes no está protocolizada, por ello, en ocasiones los pacientes no llegan a recuperar la normotermia y aunque debería ser criterio de alta en URPA, en ocasiones, son dados de alta con temperaturas inferiores a 36°

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Pacientes intervenidos quirúrgicamente que ingresan en el servicio de URPA/CMA
Objetivo principal: Obtener confort térmico en el periodo postoperatorio inmediato. Objetivos secundarios: Determinar la incidencia de hipotermia postoperatoria. Medir la normotermia al final del periodo postoperatorio inmediato. Protocolizar acciones encaminadas a recuperación de la temperatura corporal

MÉTODO

Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades y puesta en común de resultados y dudas semanalmente hasta la finalización del proyecto.
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida
Recogida de datos previos para conocer situación de partida
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario
Realizar protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en el paciente intervenido quirúrgicamente
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo
Recogida de datos postintervención
La finalidad de este proyecto es mantener en todo momento el confort térmico de los pacientes consiguiendo la recuperación de la temperatura corporal de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en un espacio breve de tiempo.

INDICADORES

La fuente de información serán los registros de la temperatura corporal de los pacientes al ingreso y alta de la URPA/CMA y como método de evaluación se utilizará un test de satisfacción de confort térmico.
Los encargados de recoger los datos, serán las personas que trabajan en los Servicios de URPA/CMA, tanto los TCAE como las enfermeras, previamente entrenados para dicho fin. Los indicadores de medida serán:
1. Personal sanitario disponible para realizar la actividad. Indicador: % trabajadores URPA/CMA disponibles para realizar la actividad. Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE
2. Disponibilidad material. Indicador: % calefactores, mantas desechables, mantas convencionales y termómetros disponibles. Estandar: No menos de 4 calefactores y 2 termómetros.
3. Protocolo de recuperación térmica en el postoperatorio inmediato. Indicador: Existencia de protocolo validado para recuperación de temperatura corporal en los pacientes postoperados. Estandar: SI
4. Formación del personal de la URPA/CMA. Indicador: % de trabajadores en URPA/CMA formado en el protocolo de recuperación térmica. Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE
5. Aplicación del protocolo de recuperación térmica. Indicador: % de trabajadores de plantilla fija que han sido formados y aplican el protocolo. Estandar: 90% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE que ha sido formada.
6. Pacientes hipotérmicos al ingreso en URPA/CMA. Indicador: % pacientes con temperatura corporal axilar < 36°C. Estandar: > 50%
7. Recuperación de temperatura. Indicador: % pacientes que recuperan la temperatura corporal previa a intervención quirúrgica. Estandar: = 80%
8. Pacientes con normotermia al alta en URPA/CMA. Indicador: % pacientes con temperatura corporal 36-37°C al alta en URPA/CMA. Estandar: = 80%
9. Confort térmico. Indicador: % pacientes que están satisfechos o muy satisfechos en un test de confort térmico. Estandar: = 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

DURACIÓN

Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades, junio-febrero
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio, junio-febrero
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida, junio
Recogida de datos previos para conocer situación de partida, octubre
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario. junio-septiembre
Realizar protocolo de actuación, septiembre-octubre
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo, octubre
Recogida de datos postintervención, noviembre-diciembre
Análisis y elaboración de la memoria, enero-febrero

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE CARMEN ESCOLANO HURTADO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONSERRAT
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA
IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- De mayo del 2018 a febrero del 2019. Se realizó 1 reunión semanal con el equipo de trabajo para la organización y realización de todas las fases del proyecto.
- Mayo. Se diseñó la hoja de recogida de datos y se establecieron las pautas para la recogida.
- Junio. Se recogieron datos durante un mes para conocer situación de partida.
- Julio. Se realizó el análisis de los datos (estudio descriptivo, 175 casos con 19 variables recogidas).
- Septiembre y octubre. Según resultados del estudio y búsqueda de evidencia, se realizó un protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en los pacientes postquirúrgicos.
- Octubre. Se presentó y aceptó el protocolo por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro.
- De octubre-diciembre. Se realizó la formación del equipo en las actuaciones del protocolo y se puso en marcha. Se recogieron datos postintervención, durante 2 meses (382 casos).
- Diciembre. Se realizó el análisis del estudio pre-post con 557 casos.
- Enero 2019. Elaboración de las conclusiones.
- Febrero 2019. Realización de la memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Conocer la situación de partida (análisis descriptivo de 19 variables): prevalencia de hipotermia al ingreso en la URPA/CMA (74%), recuperación de la normotermia (temperatura corporal axilar entre 36-37.2°C) al alta de la URPA/CMA (71.8%), grado de confort térmico al alta (87.7%), no existencia de frío al alta (96%).
- Realización de un protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en los pacientes postquirúrgicos según el modelo establecido por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro.
- Medición de los indicadores del protocolo: existencia del material necesario (mantas convencionales, 4 calefactores y mantas desechables, 2 termómetros de medición precisa de temperatura corporal), el 100% del personal fijo de plantilla está formado en las actuaciones del protocolo de recuperación térmica y lo lleva a cabo, el 81.3% de los pacientes son dados de alta en la unidad de URPA/CMA con normotermia, el 98.7% de los pacientes al alta tiene un grado de confort térmico bueno y el 98.4% de los pacientes no tiene frío al alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este momento se dispone de un protocolo de actuación de recuperación de la hipotermia en pacientes postquirúrgicos, del material y la formación necesaria para llevarlo a cabo. Se han conseguido todos los objetivos planteados y se han medido los indicadores del protocolo con mejoría de resultados en los pacientes. El protocolo ha pasado el control de la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro y ha sido publicado en la intranet local, estando disponible para todo el personal del Sector. El personal de URPA/CMA se compromete a continuar actuando según las acciones marcadas en el protocolo, midiendo los indicadores anualmente y realizando las revisiones de dicho protocolo cada 2 años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1088 ===== ***

Nº de registro: 1088

Título
MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Autores:
ESCOLANO HURTADO CARMEN, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes postquirurgicos
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hipotermia (temperatura < 36 °C) durante la fase intra-operatoria tiene una incidencia superior al 60%. Las complicaciones más importantes de la hipotermia son: aumento de los eventos cardiacos mórbidos, aumento de la infección quirúrgica, estancia hospitalaria prolongada, y aumento significativo del sangrado quirúrgico. El mantenimiento de la normotermia en el periodo perioperatorio mejora el confort del paciente y disminuye las complicaciones. En el Servicio de URPA/CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), se observa que los pacientes refieren haber pasado frío en quirófano y/o continúan teniéndolo al ingreso en URPA/CMA. Se toma la temperatura axilar al ingreso y se coloca manta convencional. En la mayoría de las ocasiones el paciente queda conforme, pero la temperatura no siempre llega a valores normales. La medición y recuperación de la temperatura corporal de los pacientes no está protocolizada, por ello, en ocasiones los pacientes no llegan a recuperar la normotermia y aunque debería ser criterio de alta en URPA, en ocasiones, son dados de alta con temperaturas inferiores a 36°

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Pacientes intervenidos quirúrgicamente que ingresan en el servicio de URPA/CMA
Objetivo principal: Obtener confort térmico en el periodo postoperatorio inmediato. Objetivos secundarios: Determinar la incidencia de hipotermia postoperatoria. Medir la normotermia al final del periodo postoperatorio inmediato. Protocolizar acciones encaminadas a recuperación de la temperatura corporal

MÉTODO

Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades y puesta en común de resultados y dudas semanalmente hasta la finalización del proyecto.
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida
Recogida de datos previos para conocer situación de partida
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario
Realizar protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en el paciente intervenido quirúrgicamente
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo
Recogida de datos postintervención
La finalidad de este proyecto es mantener en todo momento el confort térmico de los pacientes consiguiendo la recuperación de la temperatura corporal de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en un espacio breve de tiempo.

INDICADORES

La fuente de información serán los registros de la temperatura corporal de los pacientes al ingreso y alta de la URPA/CMA y como método de evaluación se utilizara un test de satisfacción de confort térmico.
Los encargados de recoger los datos, serán las personas que trabajan en los Servicios de URPA/CMA, tanto los TCAE como las enfermeras, previamente entrenados para dicho fin. Los indicadores de medida serán:
1. Personal sanitario disponible para realizar la actividad. Indicador: % trabajadores URPA/CMA disponibles para realizar la actividad. Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE
2. Disponibilidad material. Indicador: % calefactores, mantas desechables, mantas convencionales y termómetros disponibles. Estandar: No menos de 4 calefactores y 2 termómetros.
3. Protocolo de recuperación térmica en el postoperatorio inmediato. Indicador: Existencia de protocolo validado para recuperación de temperatura corporal en los pacientes postoperados. Estandar: SI
4. Formación del personal de la URPA/CMA. Indicador: % de trabajadores en URPA/CMA formado en el protocolo de recuperación térmica. Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE
5. Aplicación del protocolo de recuperación térmica. Indicador: % de trabajadores de plantilla fija que han sido formados y aplican el protocolo. Estandar: 90% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE que ha sido formada.
6. Pacientes hipotérmicos al ingreso en URPA/CMA. Indicador: % pacientes con temperatura corporal axilar < 36°C. Estandar: > 50%
7. Recuperación de temperatura. Indicador: % pacientes que recuperan la temperatura corporal previa a intervención quirúrgica. Estandar: = 80%
8. Pacientes con normotermia al alta en URPA/CMA. Indicador: % pacientes con temperatura corporal 36-37°C al alta en URPA/CMA. Estandar: = 80%
9. Confort térmico. Indicador: % pacientes que están satisfechos o muy satisfechos en un test de confort

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

térmico.Estandar: = 80%

DURACIÓN

Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades,junio-febrero
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio,junio-febrero
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida,junio
Recogida de datos previos para conocer situación de partida,octubre
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario.junio-septiembre
Realizar protocolo de actuación,septiembre-octubre
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo,octubre
Recogida de datos postintervención,noviembre-diciembre
Análisis y elaboración de la memoria,enero-febrero

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE SILVIA ALCUBIERRE ABADIAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONSERRAT
ESCOLANO HURTADO CARMEN
IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS
MINGUILLON ARANDA LUIS
PUY FORADADA JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Junio. Se programó una visita al Servicio de URPA/CMA para la evaluación de riesgos laborales por la unidad básica de prevención de riesgos laborales (RR.LL.) y los delegados de prevención del Sector Barbastro.
- Julio (3/07/2018) se realiza la primera visita al Servicio.
- Agosto. Se recibe el informe de evaluación de riesgos laborales en el Servicio de URPA/CMA y se procede a su lectura por parte de todos los trabajadores.
- Septiembre y octubre se realizan 4 reuniones del personal con la supervisora del Servicio de URPA/CMA, para establecer listado de las medidas preventivas, según frecuencia y prioridad, siempre siguiendo el informe de evaluación de la Unidad de PP.RR.
- Noviembre. Se consensuaron cambios con la Unidad RR.LL, Supervisora del Servicio y Dirección de enfermería. Se comenzó con los cambios realizables por el personal del servicio: Eliminar innecesarios, reagrupar lo necesario y liberar zonas de paso.
 - o Se ha reorganizado el Servicio para quitar los objetos colocados en las estanterías superiores.
 - o Se ha disminuido el stockage en farmacia y almacén.
 - o Se ha aumentado la frecuencia de los pedidos tanto de farmacia como de material de almacén.
 - o Se ha colocado de forma adecuada los cables de los 5 boxes en la URPA, 4 boxes en las camas de CMA y los de los 5 boxes en los sillones de la CMA.
 - o Se eliminaron 1 carro de lencería en la CMA y 2 carros antiguos de curas.
 - o Se eliminó carro antiguo y mesa de curas en la URPA.
 - o Se modificó la posición de las camas en la CMA para ampliar la zona de paso.
- RR.LL. para estudiar y planificar las adaptaciones más adecuadas para el Servicio y para el personal.
 - o Proporcionar carros de enfermería adecuados a las necesidades del servicio.
 - o Disponer de material seguro para acceder a zonas altas. Escaleras estables de 2 y 3 peldaños.
 - o Cambiar taburetes por otros adecuados en cuanto a estabilidad.
 - o Cambio o adaptación de mesas de trabajo en URPA y en la CMA por otras con profundidad adecuada para el trabajo.
 - o Proporcionar apoya pies en las mesas de trabajo (3).
 - o Proporcionar termómetro ambiental de temperatura y humedad para el control del ambiente de trabajo.
 - o Cambio de extintores, uno en URPA y otro en CMA.
 - o Sujeción a la pared de las estanterías del almacén.
 - o Se estudiará con el servicio de mantenimiento la forma más óptima de colocación de los enchufes y cables para las estufas de aire convectivo.
 - o Señalizar los topes en el suelo para las camas de la CMA.
 - o Eliminar estantería innecesaria en zona de limpio para colocar allí el cubo de basura y así poder despejar la zona de paso de esa zona.
 - o Colocar ventana en puerta antiincendios de zona de sucio.
 - o Colocar aviso en el suelo de puerta de entrada principal que se abre de forma automática hacia adentro.
 - o Retirar soporte horizontal en los boxes de la URPA para evitar golpes en la cabeza del personal y reubicar los soportes para los palos de gotero y luces auxiliares.
- Diciembre
 - o Se dispone de carro de enfermería adecuado para la CMA y otro para la URPA.
 - o Se dispone de 2 escaleras estables de 2 y 3 peldaños.
 - o Se sustituyen 1 taburete por otro adecuado.
 - o Se dispones de 2 termómetros de medición de temperatura ambiente y humedad para la URPA y CMA.
 - o Se ha modificado la posición de los soportes horizontales de los 5 boxes y se ha reubicado los palos de gotero
- Enero
 - o Reposo-pies para las mesas de trabajo están solicitados en espera de recibirlos.
 - o Cambio de extintores pendiente por el Servicio de RRLL.
 - o Ante la imposibilidad de sustituir las estufas de aire convectivo por otras sin cable, se decidió la señalización del cable con color destacado.
 - o Señalización de topes en el suelo para las camas de la CMA y aviso de peligro en la puerta de entrada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

principal está en proceso de colocación.

- o Sujeción a la pared de las estanterías del almacén.
- o Eliminar estantería innecesaria en zona de limpio para colocar allí el cubo de basura y así poder despejar la zona de paso de esa zona.
- o En espera de la colocación de la ventana en puerta antiincendios de zona de sucio por el Servicio de mantenimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Existencia de informe de evaluación del Servicio por la unidad básica de prevención de riesgos laborales (RR.LL.).
- Se ha conseguido un aumento de espacio libre en el Servicio y liberación de obstáculos en las zonas de paso, mediante la eliminación de innecesarios y la ordenación de lo necesario.
- Se ha adaptado el Servicio según los riesgos detectados en el informe de RRL., en cuanto a espacio físico, iluminación óptima, mesas de trabajo, ordenadores adecuados, sillas adaptadas, apoya-pies en las mesas de trabajo, temperatura y humedad del ambiente, posibles caídas de estanterías y objetos.
- Se dispone de herramientas de trabajo seguras, carros de trabajo adecuados, taburetes y escaleras estables.
- Se dispone de libro de registro de accidentes menores en el Servicio de URPA/CMA. Se han registrado 10 accidentes en el año 2018, 2 de ellos se notificaron al Servicio de RRL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han conseguido todos los cambios posibles, aportados por el equipo de trabajo tanto a nivel sanitario como de mantenimiento, pero quedan pendientes los de tipo estructural, imposibles de realizar y de tipo económico, siendo imposible en este momento, como el cambio de mesas de trabajo, hasta que se disponga de presupuesto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1403 ===== ***

Nº de registro: 1403

Título
EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Autores:
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, GABARRRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ESCOLANO HURTADO CARMEN, IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS, MINGUILLON ARANDA LUIS, PUY FORADADA JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Servicio de URPA/CMA se vienen produciendo accidentes en los trabajadores sanitarios, golpes, pellizcos, atropello de pies. También lesiones tipo contracturas musculares. En este Servicio el personal recibe a los pacientes en camilla procedentes del quirófano tras una intervención quirúrgica en estado de postanestesia inmediata, por ello el traslado de los pacientes camilla- cama, debe ser rápido y sin posibilidad de colaboración por parte del paciente, la rapidez es primordial. El trabajar rápido y la no adecuación del mobiliario repercute en los accidentes. El personal sanitario accidentado rara vez coge baja laboral, pero le ocasiona dolor y golpes sobre todo en brazos, frente y cabeza y dedos de los pies.
La seguridad de los trabajadores debería ser un asunto relevante a estudiar y prevenir en todas las empresas

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Población diana

- Personal sanitario trabajador del servicio de URPA/CMA

Objetivo principal

- Prevenir los accidentes en el puesto de trabajo

Objetivos secundarios

- Conocer los riesgos más relevantes de los trabajadores del servicio URPA/CMA

- Establecer una adecuada planificación preventiva

MÉTODO

- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA

- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes

- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de riesgos

- Ejecutar las medidas preventivas

- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad

INDICADORES

- Proceso

o Criterio: Evaluación de riesgos

Indicador: Existencia de una evolución de riesgos laborales del servicio URPA/CMA. La medida sería SI/NO

Estandar: SI

o Criterio: medida de prevención seleccionada

Indicador: Realización de la medida de prevención elegida. Medida SI/NO

Estandar: SI

- Resultado

o Criterio: Personal sanitario del servicio URPA/CMA que presentan accidente de trabajo

Indicador: % trabajadores URPA/CMA que sufren accidente de trabajo en el periodo de tiempo de octubre 2018 a 28 febrero 2019

Estandar: 0

DURACIÓN

- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA (junio)

- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes (junio)

- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de riesgos (junio)

- Efectuar los adecuados controles periódicos (agosto-septiembre)

- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad (octubre-febrero)

- Elaboración de la memoria

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE SILVIA ALCUBIERRE ABADIAS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONSERRAT
ESCOLANO HURTADO CARMEN
IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS
MINGUILLON ARANDA LUIS
PUY FORADADA JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Junio. Se programó una visita al Servicio de URPA/CMA para la evaluación de riesgos laborales por la unidad básica de prevención de riesgos laborales (RR.LL.) y los delegados de prevención del Sector Barbastro.
- Julio (3/07/2018) se realiza la primera visita al Servicio.
- Agosto. Se recibe el informe de evaluación de riesgos laborales en el Servicio de URPA/CMA y se procede a su lectura por parte de todos los trabajadores.
- Septiembre y octubre se realizan 4 reuniones del personal con la supervisora del Servicio de URPA/CMA, para establecer listado de las medidas preventivas, según frecuencia y prioridad, siempre siguiendo el informe de evaluación de la Unidad de PP.RR.
- Noviembre. Se consensuaron cambios con la Unidad RR.LL, Supervisora del Servicio y Dirección de enfermería. Se comenzó con los cambios realizables por el personal del servicio: Eliminar innecesarios, reagrupar lo necesario y liberar zonas de paso.
 - o Se ha reorganizado el Servicio para quitar los objetos colocados en las estanterías superiores.
 - o Se ha disminuido el stockage en farmacia y almacén.
 - o Se ha aumentado la frecuencia de los pedidos tanto de farmacia como de material de almacén.
 - o Se ha colocado de forma adecuada los cables de los 5 boxes en la URPA, 4 boxes en las camas de CMA y los de los 5 boxes en los sillones de la CMA.
 - o Se eliminaron 1 carro de lencería en la CMA y 2 carros antiguos de curas.
 - o Se eliminó carro antiguo y mesa de curas en la URPA.
 - o Se modificó la posición de las camas en la CMA para ampliar la zona de paso.
- Noviembre. Visita del responsable del Servicio de mantenimiento, Supervisora de RRMM y responsable de RR.LL. para estudiar y planificar las adaptaciones más adecuadas para el Servicio y para el personal.
 - o Proporcionar carros de enfermería adecuados a las necesidades del servicio.
 - o Disponer de material seguro para acceder a zonas altas. Escaleras estables de 2 y 3 peldaños.
 - o Cambiar taburetes por otros adecuados en cuanto a estabilidad.
 - o Cambio o adaptación de mesas de trabajo en URPA y en la CMA por otras con profundidad adecuada para el trabajo.
 - o Proporcionar apoya pies en las mesas de trabajo (3).
 - o Proporcionar termómetro ambiental de temperatura y humedad para el control del ambiente de trabajo.
 - o Cambio de extintores, uno en URPA y otro en CMA.
 - o Sujeción a la pared de las estanterías del almacén.
 - o Se estudiará con el servicio de mantenimiento la forma más óptima de colocación de los enchufes y cables para las estufas de aire convectivo.
 - o Señalizar los topes en el suelo para las camas de la CMA.
 - o Eliminar estantería innecesaria en zona de limpio para colocar allí el cubo de basura y así poder despejar la zona de paso de esa zona.
 - o Colocar ventana en puerta antiincendios de zona de sucio.
 - o Colocar aviso en el suelo de puerta de entrada principal que se abre de forma automática hacia adentro.
 - o Retirar soporte horizontal en los boxes de la URPA para evitar golpes en la cabeza del personal y reubicar los soportes para los palos de gotero y luces auxiliares.
- Diciembre
 - o Se dispone de carro de enfermería adecuado para la CMA y otro para la URPA.
 - o Se dispone de 2 escaleras estables de 2 y 3 peldaños.
 - o Se sustituyen 1 taburete por otro adecuado.
 - o Se dispones de 2 termómetros de medición de temperatura ambiente y humedad para la URPA y CMA.
 - o Se ha modificado la posición de los soportes horizontales de los 5 boxes y se ha reubicado los palos de gotero
- Enero
 - o Reposo-pies para las mesas de trabajo están solicitados en espera de recibirlos.
 - o Cambio de extintores pendiente por el Servicio de RRLL.
 - o Ante la imposibilidad de sustituir las estufas de aire convectivo por otras sin cable, se decidió la señalización del cable con color destacado.
 - o Señalización de topes en el suelo para las camas de la CMA y aviso de peligro en la puerta de entrada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

principal está en proceso de colocación.

- o Sujeción a la pared de las estanterías del almacén.
- o Eliminar estantería innecesaria en zona de limpio para colocar allí el cubo de basura y así poder despejar la zona de paso de esa zona.
- o En espera de la colocación de la ventana en puerta antiincendios de zona de sucio por el Servicio de mantenimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Existencia de informe de evaluación del Servicio por la unidad básica de prevención de riesgos laborales (RR.LL.).
- Se ha conseguido un aumento de espacio libre en el Servicio y liberación de obstáculos en las zonas de paso, mediante la eliminación de innecesarios y la ordenación de lo necesario.
- Se ha adaptado el Servicio según los riesgos detectados en el informe de RRL., en cuanto a espacio físico, iluminación óptima, mesas de trabajo, ordenadores adecuados, sillas adaptadas, apoya-pies en las mesas de trabajo, temperatura y humedad del ambiente, posibles caídas de estanterías y objetos
- Se dispone de herramientas de trabajo seguras, carros de trabajo adecuados, taburetes y escaleras estables.
- Se dispone de libro de registro de accidentes menores en el Servicio de URPA/CMA. Se han registrado 10 accidentes en el año 2018, 2 de ellos se notificaron al Servicio de RRL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han conseguido todos los cambios posibles, aportados por el equipo de trabajo tanto a nivel sanitario como de mantenimiento, pero quedan pendientes los de tipo estructural, imposibles de realizar y de tipo económico, siendo imposible en este momento, como el cambio de mesas de trabajo, hasta que se disponga de presupuesto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1403 ===== ***

Nº de registro: 1403

Título
EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Autores:
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, GABARRRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ESCOLANO HURTADO CARMEN, IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS, MINGUILLON ARANDA LUIS, PUY FORADADA JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Servicio de URPA/CMA se vienen produciendo accidentes en los trabajadores sanitarios, golpes, pellizcos, atropello de pies. También lesiones tipo contracturas musculares. En este Servicio el personal recibe a los pacientes en camilla procedentes del quirófano tras una intervención quirúrgica en estado de postanestesia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

inmediata, por ello el traslado de los pacientes camilla- cama, debe ser rápido y sin posibilidad de colaboración por parte del paciente, la rapidez es primordial. El trabajar rápido y la no adecuación del mobiliario repercute en los accidentes. El personal sanitario accidentado rara vez coge baja laboral, pero le ocasiona dolor y golpes sobre todo en brazos, frente y cabeza y dedos de los pies.
La seguridad de los trabajadores debería ser un asunto relevante a estudiar y prevenir en todas las empresas

RESULTADOS ESPERADOS

- Población diana
 - Personal sanitario trabajador del servicio de URPA/CMA
- Objetivo principal
 - Prevenir los accidentes en el puesto de trabajo
- Objetivos secundarios
 - Conocer los riesgos más relevantes de los trabajadores del servicio URPA/CMA
 - Establecer una adecuada planificación preventiva

MÉTODO

- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA
- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes
- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de riesgos
- Ejecutar las medidas preventivas
- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad

INDICADORES

- Proceso
 - o Criterio: Evaluación de riesgos
- Indicador: Existencia de una evolución de riesgos laborales del servicio URPA/CMA. La medida sería SI/NO
- Estandar: SI
 - o Criterio: medida de prevención seleccionada
- Indicador: Realización de la medida de prevención elegida. Medida SI/NO
- Estandar: SI
- Resultado
 - o Criterio: Personal sanitario del servicio URPA/CMA que presentan accidente de trabajo
- Indicador: % trabajadores URPA/CMA que sufren accidente de trabajo en el periodo de tiempo de octubre 2018 a 28 febrero 2019
- Estandar: 0

DURACIÓN

- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA (junio)
- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes (junio)
- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de riesgos (junio)
- Efectuar los adecuados controles periódicos (agosto-septiembre)
- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad (octubre-febrero)
- Elaboración de la memoria

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0655

1. TÍTULO

MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE RODOLFO EDUARDO REINOSO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRADOS SASO DANIEL
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El desfibrilador automático implantable (DAI) es un dispositivo antiarrítmico, parecido a un marcapasos en su aspecto externo pero con una función, una finalidad y unas indicaciones diferentes.

Su principal función es proteger al paciente de la muerte súbita cardíaca arrítmica, debida a arritmias ventriculares que el aparato puede tratar de manera efectiva.

Los pacientes con cardiopatías, en especial los pacientes que padecen disfunción ventricular izquierda severa, corren el riesgo de sufrir una parada cardíaca a consecuencia de una arritmia ventricular (taquicardia ventricular o fibrilación ventricular). De manera similar a cuando se administra una descarga con el desfibrilador externo del carro de paradas, este dispositivo reconoce la arritmia y la trata administrando una descarga si es necesario desde el interior del corazón.

El primer desfibrilador implantable fue inventado en Estados Unidos en 1967 por el Prof. Mirowski, tras la muerte de un compañero suyo que había padecido varios episodios de taquicardia ventricular. No fue hasta el año 1980 cuando se implantó por primera vez en EEUU, recibió la aprobación de la FDA en 1985 y unos años más tarde se comenzó a implantar en Europa. En sus inicios eran dispositivos muy elementales que sólo administraban descargas eléctricas en función de la frecuencia cardíaca, pues todavía no contaban con las funciones más avanzadas de detección disponibles hoy día. A lo largo de los años, gracias al avance tecnológico, se han ido perfeccionando y aumentando sus características, a la vez que se ha logrado disminuir su tamaño.

Consta de dos partes fundamentales: el generador y el electrocatéter. El generador se sitúa bajo la piel del paciente, en la región pectoral, es la batería del aparato y proporciona la energía necesaria para administrar las descargas. El electrocatéter (cable) une el generador con el interior del corazón, se introduce a través del sistema venoso hasta el interior del ventrículo derecho del paciente.

El dispositivo es capaz de reconocer el ritmo cardíaco del paciente (vigila continuamente) y si detecta una arritmia ventricular, administra las terapias antitaquicardia.

Un DAI reúne las funciones de desfibrilador (antitaquicardia), y también de un dispositivo antibradicardia (marcapasos). Las funciones de estimulación antibradicardia y antitaquicardia se llevan a cabo aplicando pequeños pulsos de bajo voltaje indoloros y generalmente inapreciables. Las funciones antitaquicardia incluyen la liberación de estímulos repetidos para eliminar taquicardias y cuando esto no es posible, administrar descargas de mayor voltaje. Estas descargas (también denominadas "choques") son percibidas como un "golpe fuerte" o "descarga" y pueden ser dolorosas.

El DAI ha demostrado aumentar la supervivencia de manera significativa cuando se implanta en aquellos pacientes en los que está correctamente indicado, siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Interferencias del desfibrilador

El desfibrilador puede presentar alteraciones en su normal funcionamiento a consecuencia de los efectos de otros dispositivos presentes en el medio hospitalario (interferencias).

En el quirófano el electrobisturí puede generar interferencias y ocasionar que el DAI administre terapias y descargas inapropiadas.

La actividad eléctrica del bisturí hace que el aparato se confunda, interprete una arritmia maligna cuando en realidad no existe y administre una descarga innecesaria.

Es por ello que se recomienda desactivar las terapias del desfibrilador. Esto puede conseguirse de dos maneras:

1. Mediante el programador específico de la casa comercial del desfibrilador, a través de un cabezal que se coloca sobre el generador o bien se puede conectar con telemetría. Una vez finalizada la intervención quirúrgica se vuelven a activar las terapias. En nuestro hospital no disponemos de programadores de marcapasos ni de desfibriladores, por lo que esta opción no está disponible.

2. Mediante la colocación de un imán de suficiente tamaño sobre la zona de la piel del paciente donde se encuentra el generador. Como norma general, se desactivarán las terapias, pero es importante conocer que la respuesta al imán puede ser distinta en función de la casa comercial del dispositivo.

A Puntos clave que debemos revisar en el paciente portador de DAI en quirófano

Antes de la intervención es imprescindible conocer:

1. Tipo de DAI que lleva el paciente. Modelo y marca comercial.
2. Indicación de DAI. Motivo por el que fue implantado.
3. Última revisión del dispositivo: correcto estado y funcionamiento o si presentaba alguna incidencia. Estado de la batería.
4. Si el paciente es dependiente de marcapasos (por sí mismo no tiene ritmo propio y en condiciones normales el DAI además de protegerle de arritmias malignas está actuando continuamente como un marcapasos que proporciona estimulación eléctrica para el latido del corazón)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0655

1. TÍTULO

MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

B En quirófano y reanimación

- El paciente se encuentra siempre monitorizado en quirófano o reanimación.
- Es conveniente monitorizar la presión de pulso, además de la monitorización electrocardiográfica porque el mismo electrobisturí altera y produce artefactos en la señal ECG mientras está funcionando. Si la presión de pulso cae, una de las causas de esta caída puede ser precisamente una arritmia ventricular.
- Tener disponibles siempre un desfibrilador externo y un marcapasos transitorio (transcutáneo o percutáneo)
- Se recomienda la utilización del electrobisturí de manera intermitente siempre que sea posible y a la energía de salida disponible más baja. Si se utiliza en el modo unipolar, al menos a 15 cm del desfibrilador. Colocar el electrodo neutro, de retorno o dispersor del electrobisturí (placa adhesiva) lo más alejado posible del DAI, en la extremidad inferior derecha si el generador se encuentra en la región pectoral izquierda.

Respuesta al imán del DAI en función de la casa comercial

Desactiva terapias pero en algunos casos de manera distinta y además el aparato está programado para emitir sonidos (distintos pitidos) para informar de su estado y de si están activadas o no las terapias antitaquicardia (descargas incluidas)

1) St. Jude MedicalR

Inhibición de la detección y de las terapias antitaquicardia mientras el imán esté colocado
No efecto en la función marcapasos

2) BiotronikR

Inhibición de la detección y de las terapias antitaquicardia mientras el imán esté colocado
No efecto en la función marcapasos

3) BostonR

Si se escuchan pitidos intermitentes (sincrónicos con la onda R del ECG) mantener el imán 30 segundos
Si pasa a pitido continuo significa que están desactivadas las terapias y podemos retirar el imán.

Podemos activarlo de nuevo volviendo a colocar el imán otros 30 segundos (volverá a oírse un pitido sincrónico con la R).

Si no pasa a pitido continuo el dispositivo no entregará terapias mientras el imán esté colocado sobre el generador

Si no se escuchan pitidos necesitaremos un programador para desactivar el DAI.
No efecto en la función marcapasos

4) MedtronicR. La emisión de alertas acústicas se circunscriben a:

Inhibición de la detección y de las terapias antitaquicardia mientras el imán esté colocado.

Si el desfibrilador tiene activada la función "alertas del paciente" (dispositivos más modernos), podemos escuchar pitidos que emite el dispositivo para informar del estado del DAI. Si al colocar el imán se escucha un pitido continuo durante 20 segundos indica que el DAI funciona correctamente; un pitido doble (alto/bajo) indica que ha ocurrido una situación de urgencia grave; un pitido intermitente indica que ha ocurrido una situación de urgencia leve.

No efecto en la función marcapasos

5) Ela MedicalR

Inhibición de la detección y de las terapias antitaquicardia mientras el imán esté colocado

Efecto en la función de marcapasos: estimulación al modo programado 96 l.p.m. (batería completa). La frecuencia va bajando a medida que la batería se va descargando. Amplitud y duración de impulso a valores máximos.

DAI subcutáneos

En los últimos años se ha comenzado a implantar DAI subcutáneos. Estos dispositivos se implantan por vía subcutánea sin necesidad de acceso venoso.

Esto supone un avance ya que la vía venosa puede dar lugar a complicaciones. Son capaces de reconocer y tratar las arritmias ventriculares administrando una o varias descargas. El aparato reconoce el ECG del paciente y si detecta un cambio en su morfología (por una fibrilación ventricular o una taquicardia ventricular rápida) administra una descarga.

El generador, de mayor tamaño que en los DAI convencionales, queda alojado en la región lateral del tórax del paciente y el electrodo de descarga se tuneliza quedando alojado en la región precordial del paciente. Como contrapartida, al no disponer de un electrocáteter en contacto con la superficie interna del corazón, no son capaces de administrar terapias de sobreestimulación como tratamiento alternativa a la descarga para finalizar episodios de taquicardia ventricular².

En los pacientes en los que son frecuentes estas taquicardias, los dispositivos subcutáneos no son por tanto adecuados pero sí tienen su lugar en aquellos pacientes en los que el objetivo es prevenir la muerte súbita y no se prevé la aparición de taquicardias ventriculares. Sobre todo en pacientes jóvenes y niños, o en pacientes que han presentado problemas de acceso venoso o complicaciones repetidas de los electrodos intravasculares³. Además no requiere el uso de fluoroscopia para su implante y si es necesario el explante, en general es técnicamente más sencillo que en los dispositivos intravasculares⁴.

En estos dispositivos el uso del imán para desactivar las terapias es similar a los DAI convencionales. Si el imán está bien colocado sobre el dispositivo, se escucharán pitidos (sincrónicos con la onda R del ECG) aproximadamente un segundo después de aplicar el imán. A partir de ese momento la detección de arritmias está suspendida y el tratamiento con descargas, inhibido⁵. El tratamiento solo se inhibirá (deshabilitará)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0655

1. TÍTULO

MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

temporalmente durante la aplicación del imán.

En caso de un dispositivo en una ubicación profunda, puede ser difícil escuchar las señales acústicas. Si no se pueden detectar los pitidos, es posible que se deba utilizar el programador para suspender el tratamiento en estos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los pacientes portadores de DAI propuestos para cualquier tipo de cirugía programada (excepto la cirugía de cataratas) debían ser derivados directamente a otros centros de referencia que cuenten con un Servicio de Cardiología donde dispongan de medios para la programación de los desfibriladores. A lo largo del segundo semestre de 2018, un paciente ha debido ser derivado por este motivo.

Se ha elaborado un documento informativo para profesionales sanitarios sobre del DAI y su funcionamiento (se adjunta).

No se ha registrado ninguna complicación perioperatoria en relación al DAI ni a los marcapasos convencionales durante el segundo semestre de 2018 en el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las intervenciones en pacientes con marcapasos convencional (sin desfibrilador) se pueden llevar a cabo con seguridad en el hospital comarcal

Los pacientes portadores de DAI que deben ser derivados representan una minoría

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/655 ===== ***

Nº de registro: 0655

Título
MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

Autores:
GRADOS SASO DANIEL, ABAD SANZ MARIA, REINOSO RODOLFO EDUARDO, ROJAS FAVIO ANIBAL, ANGULO BALDUZZI GUSTAVO FRANCISCO, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El desfibrilador automático implantable (DAI) es un dispositivo antiarrítmico, cuya principal función es proteger al paciente de la muerte súbita cardíaca arrítmica, debida a arritmias ventriculares que el aparato puede tratar de manera efectiva.

Los pacientes con cardiopatías, en especial los pacientes que padecen disfunción ventricular izquierda severa, corren el riesgo de sufrir una parada cardíaca a consecuencia de una arritmia ventricular (taquicardia ventricular o fibrilación ventricular). El DAI ha demostrado aumentar la supervivencia de manera significativa cuando se implanta en aquellos pacientes en los que está correctamente indicado, siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica. El desfibrilador puede presentar alteraciones en su normal funcionamiento a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0655

1. TÍTULO

MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

consecuencia de los efectos de otros dispositivos presentes en el medio hospitalario (interferencias). En el quirófano el electrobisturí puede generar interferencias y ocasionar que el DAI administre terapias y descargas inapropiadas. Es por ello que en este contexto se recomienda desactivar las terapias del desfibrilador y reactivarlas en el posoperatorio.

Cada vez es mayor el número de pacientes portadores de estos dispositivos en nuestro hospital y es también cada vez más frecuente que estos pacientes deban ser sometidos a procedimientos quirúrgicos.

Se han detectado por parte de Anestesiología y Cardiología casos repetidos de pacientes con desfibrilador que se enfrentan a una intervención quirúrgica sin una planificación adecuada previa del manejo de su dispositivo antiarrítmico. Se considera también fundamental aumentar el conocimiento y la concienciación de los profesionales sanitarios en nuestro hospital acerca del DAI y su correcto manejo perioperatorio

RESULTADOS ESPERADOS

Casística: Proyecto dirigido a la atención en el perioperatorio de los pacientes portadores de desfibrilador en el Sector de Barbastro

Resultados:

- resultados sobre la salud: mejora de la seguridad del paciente, prevención de complicaciones, mejora de la calidad de vida del paciente
- resultados en gestión: disminución de número de intervenciones pospuestas/demoradas en pacientes con DAI, reducción del número de ingresos por complicaciones, optimización de los recursos aplicados en estos pacientes, disminución del número de interconsultas a cardiología y de pruebas diagnósticas innecesarias
- resultados en los profesionales: aumento del conocimiento de los profesionales sanitarios del desfibrilador, incremento de seguridad y disminución de incertidumbre cuando se atiende a estos pacientes, implicación de diversos profesionales de distintas especialidades, mayor satisfacción en la atención prestada, mejora de la asistencia y control de los pacientes con DAI, continuidad asistencial del paciente

MÉTODO

Actividad: las actividades a desarrollar se fundamentan en:

- Información a profesionales sanitarios sobre el DAI y la importancia de su adecuado manejo y funcionamiento
- Control de pacientes portadores de DAI que deben ser intervenidos quirúrgicamente
- Creación de un algoritmo de actuación específico por parte de los profesionales sanitarios
- Recomendaciones generales de manejo perioperatorio y específicas en función del tipo de DAI

INDICADORES

Elaboración de documento informativo para profesionales sanitarios sobre del DAI y su funcionamiento

Número de intervenciones quirúrgicas en pacientes portadores de DAI

Número de complicaciones perioperatorias en relación al DAI

DURACIÓN

Inicio proyecto en el segundo semestre 2018.

Plan de comunicación al hospital por medios de difusión internos

Plan de comunicación con especialidades quirúrgicas

OBSERVACIONES

Los pacientes portadores de DAI propuestos para cualquier tipo de cirugía programada (excepto la cirugía de cataratas) deberán ser derivados directamente a otros centros de referencia que cuenten con un Servicio de Cardiología donde dispongan de medios para la programación de los desfibriladores.

Los pacientes portadores de DAI que se deban intervenir de urgencia serán valorados por el servicio de Anestesiología que decidirá en función del tipo de cirugía.

Se crea una hoja informativa del DAI para profesionales sanitarios

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0898

1. TÍTULO

CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE DANIEL GRADOS SASO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCAPA LAPLANA ESTHER
RODRIGUEZ GUALDA CARMEN
REINOSO RODOLFO EDUARDO
PONS MATEO MONSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El plan ha consistido en la implementación de una visita basada en citar el mismo día dos pruebas diagnósticas de Cardiología (previamente se citaban en días distintos) con la realización en una única visita de:

- 1) ecocardiograma basal
- 2) ergometría (bien con eco en esfuerzo o bien ergometría convencional y
- 3) toma de decisión y solicitud de pruebas invasivas si es el caso.

Un número importante de pacientes son derivados a consulta de Cardiología para estudio de dolor torácico y esto supone una carga de trabajo importante para nuestro servicio.

El dolor torácico es un síntoma asociado a patologías potencialmente mortales como la cardiopatía isquémica. En otras ocasiones el dolor torácico tiene orígenes distintos y es necesario en estos pacientes descartar una enfermedad cardíaca como causante de los síntomas. Por ello, un adecuado manejo de esta entidad deberá basarse en una estratificación del riesgo del paciente y en alcanzar un equilibrio entre las pruebas invasivas innecesarias en pacientes de bajo/moderado riesgo (con ahorro de costes y de yatrogenia asociada) y las pruebas imprescindibles para un estudio adecuado y de calidad del paciente que lo precisa, de acuerdo a las guías de práctica clínica de Cardiología.

Las pruebas que es preciso solicitar en la mayoría de los casos son en primer lugar, un estudio de imagen cardíaca con ecocardiograma en reposo para descartar la presencia de cardiopatía estructural y en segundo lugar una prueba de detección de isquemia miocárdica (ergometría o prueba de esfuerzo). En función del riesgo del paciente además las guías recomiendan realización de prueba de esfuerzo con imagen en pico de esfuerzo o en postesfuerzo inmediato (ecocardiograma de esfuerzo: sensibilidad del 80-85% y especificidad del 80-88% frente al 40-50% de sensibilidad y 85% de especificidad de la ergometría convencional sin imagen)

Las particularidades geográficas de nuestro sector, con una población dispersa hace que los pacientes deban realizar viajes en ocasiones largos para la realización de las pruebas diagnósticas y es preciso reducir el número de visitas en la medida de lo posible.

Se trataba de un proyecto dirigido a la atención de los pacientes con dolor torácico estable en el Sector de Barbastro.

Se llevó a cabo la realización de ecocardiograma y ergometría en una sola visita al hospital.

Las actividades desarrolladas se fundamentan en, como se ha comentado al inicio:

- Realización en una única visita de 1) ecocardiograma basal, 2) ergometría (bien con eco en esfuerzo o bien ergometría convencional y 3) toma de decisión y solicitud de pruebas invasivas si es el caso.
- Realización de prueba de detección de isquemia con imagen (ecocardiograma de estrés) en los casos que lo precisan (aquellos con una probabilidad pretest de cardiopatía isquémica del 66 al 85%) de acuerdo con las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología.

Se pretendía agilizar el proceso diagnóstico y aumentar la satisfacción de los pacientes, incrementando la comodidad (resolución en una visita al hospital) y reducción del número de desplazamientos que tienen que realizar.

Se ha llevado a cabo una encuesta telefónica en la que se realizaban la siguientes preguntas a algunos pacientes:

- 1-¿Se encuentra bien? (no eventos adversos cardiovasculares)
- 2-Lugar de residencia y tiempo de viaje al hospital
- 3- ¿Cómo evaluaría la atención recibida en términos generales? 1 al 5
- 4- ¿Considera una ventaja la realización de la prueba el mismo día? Del 1 al 5
- 5- ¿no le importaría haber venido otro día? Puntuar del 1 al 5 el inconveniente que supondría haber venido otro día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre los meses de Julio a Diciembre se han realizado un total de 46 visitas con ecocardiograma y prueba de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0898

1. TÍTULO

CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO

detección de isquemia en una visita.

Se han dado 33 altas directas ese mismo día (71% de los pacientes)

No ha habido eventos adversos cardiovasculares en el seguimiento de estos pacientes hasta el momento (0 reingresos hospitalarios por causa cardiovascular, 0 eventos adversos cardiovasculares) (seguimiento hasta 15 de Febrero de 2018)

La encuesta indica una elevada satisfacción de los pacientes (puntuación de 4.8/5 en la evaluación global de la atención recibida (pregunta número 3). Puntuación de 5/5 en la evaluación de la percepción de la ventaja que supone para el paciente realizar las pruebas el mismo día (pregunta 4). El inconveniente que hubiera supuesto venir en dos días distintos es 3.6/5 (pregunta 5). El tiempo de viaje medio hasta el hospital es de 23.3 minutos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia se ha mostrado segura y eficaz.

El número de visitas que ha tenido que realizar estos pacientes al hospital se ha reducido a la mitad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/898 ===== ***

Nº de registro: 0898

Título
CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO

Autores:
GRADOS SASO DANIEL, ESCAPA LAPLANA ESTHER, RODRIGUEZ GUALDA CARMEN, REINOSO RODOLFO EDUARDO, ROJAS FAVIO ANIBAL, PONS MATEO MONTSERRAT, ANGULO BALDUZZI GUSTAVO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Un gran número de pacientes son derivados a consulta de Cardiología para estudio de dolor torácico y esto supone una carga de trabajo importante para nuestro servicio. El dolor torácico es un síntoma asociado a patologías potencialmente mortales como la cardiopatía isquémica. En otras ocasiones el dolor torácico tiene orígenes distintos y es necesario en estos pacientes descartar una enfermedad cardíaca como causante de los síntomas. Por ello, un adecuado manejo de esta entidad deberá basarse en una estratificación del riesgo del paciente y en alcanzar un equilibrio entre las pruebas invasivas innecesarias en pacientes de bajo/moderado riesgo (con ahorro de costes y de yatrogenia asociada) y las pruebas imprescindibles para un estudio adecuado y de calidad del paciente que lo precisa, de acuerdo a las guías de práctica clínica de Cardiología. Las pruebas que es preciso solicitar en la mayoría de los casos son en primer lugar, un estudio de imagen cardíaca con ecocardiograma en reposo para descartar la presencia de cardiopatía estructural y en segundo lugar una prueba de detección de isquemia miocárdica (ergometría o prueba de esfuerzo). En función del riesgo del paciente además las guías recomiendan realización de prueba de esfuerzo con imagen en pico de esfuerzo o en postesfuerzo inmediato (ecocardiograma de esfuerzo: sensibilidad del 80-85% y especificidad del 80-88% frente al 40-50% de sensibilidad y 85% de especificidad de la ergometría convencional sin imagen) Las particularidades geográficas de nuestro sector, con una población dispersa hace que los pacientes deban realizar viajes en muchas ocasiones largos para la realización de las pruebas diagnósticas y es preciso reducir el número de visitas en la medida de lo posible.

RESULTADOS ESPERADOS

Proyecto dirigido a la atención de los pacientes con dolor torácico estable en el Sector de Barbastro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0898

1. TÍTULO

CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO

Se pretende realización de ecocardiograma y ergometría en una sola visita al hospital. Comunicación de los resultados al paciente y toma de decisión (alta o solicitud de coronariografía) en la misma visita

MÉTODO

Actividad: las actividades a desarrollar se fundamentan en:

- Realización en una única visita de 1) ecocardiograma basal, 2) ergometría (bien con eco en esfuerzo o bien ergometría convencional y 3) toma de decisión y solicitud de pruebas invasivas si es el caso.
- Permitiría realización de prueba de detección de isquemia con imagen (ecocardiograma de estrés) en los casos que lo precisan (aquellos con una probabilidad pretest de cardiopatía isquémica del 66 al 85%) de acuerdo con las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología.

INDICADORES

INDICADOR Y ESTÁNDAR

Número de ecocardiogramas realizados en esta consulta (número de ecocardiogramas que se libera de la lista de ecocardiograma convencional)

Número de días hasta realización de ergometría

Resultados:

- resultados sobre la salud: mejora de la seguridad del paciente, mejora de la calidad de vida del paciente, incremento de la satisfacción y calidad percibida
- resultados en gestión: disminución de número de visitas, reducción del número de ecocardiogramas pendientes. Se estima una reducción de 10-15 ecocardiogramas por semana (40-60 al mes)
- Disminución de la demora en la realización de la prueba de detección de isquemia.
- Resultados en los profesionales: aumento de la satisfacción de los profesionales sanitarios, aumento de eficiencia del trabajo realizado.

DURACIÓN

Inicio proyecto en el segundo semestre 2018.

Plan de comunicación al hospital por medios de difusión internos

OBSERVACIONES

Se pretende agilizar el proceso diagnóstico. Se pretende aumentar la satisfacción de los pacientes, incrementando la comodidad (resolución en una visita al hospital) y reducción del número de desplazamientos que tienen que realizar.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE UBIERGO MUMBIELA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ MURO SHEILA
PINTADO TORRECILLA MARINA
TRICAS CRAVER BEGOÑA
GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ
LAVIÑA LARDIES SONIA
FERRER MATEO SARA
SALAMERO UBIERGO GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado la mayoría de las actividades planteadas en el plan de mejora, pero al ser un proyecto de gran envergadura y que requiriere una gran revisión de información para que queden todos los puntos bien claros y fundamentados en la mejor practica clínica.
En concreto, ya se ha designado a la persona encargada de dicha consulta (María José Ubierno Mumbiela) por su formación avanzada.
Se ha creado la agenda para poder citar primera consulta, seguimiento y consulta telefónica.
Se están revisando las guías para la educación en el paciente con estoma digestivo (se está en contacto con la enfermera de estomatoterapia del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida para ya que su consulta funciona desde hace años y está dentro del proyecto BPSO.)
Se ha creado una hoja nueva para el control de los estomas ingresados en la planta de cirugía.
Se ha realizado un registro de todos los estomas nuevos que se han realizado en la planta de cirugía durante 2018.
Se va a seguir haciendo en 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realmente la consulta no se ha podido abrir durante todo el 2018 porque la revisión de las diferentes guias está siendo más exhaustiva de lo que se pensaba en un principio. Este año se pondrá en marcha la consulta y se espera poder completar los indicadores marcados en 2018.
La revisión del plan de cuidados en el post operatorio inmediato ha sido muy útil para las enfermeras de la planta y con la nueva hoja de registro de los estomas queda mucho más claro que dispositivos se han usado en el paciente y ha facilitado mucho la continuidad de cuidados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha medido el numero de nuevos pacientes a los que se les ha realizado un estoma digestivo a lo largo de 2018, realmente ha servido para hacer consciente las cargas de trabajo que se tienen el planta de cirugía y ha quedado patente la necesidad de la puesta en marcha de la consulta. A nivel de planta, se ha facilitado mucho desde que se puso en marcha el nuevo registro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/218 ===== ***

Nº de registro: 0218

Título
CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
UBIERGO MUNBIELA MARIA JOSE, LOPEZ MURO SHEILA, PINTADO TORRECILLA MARINA, TRICAS CRAVER BEGOÑA, GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ, LAVIÑA LARDIES SONIA, FERRER MATEO SARA, SALAMERO UBIERGO GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente ostomizado
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento del número de pacientes portadores de estomas en los últimos años, ha generado la necesidad de crear un plan de actuación específico.

La instauración de una estoma produce una serie de reacciones en el paciente que comportan cambios importantes en su vida cotidiana, que conllevan alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, ritmo intestinal), cambios psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción) por eso es importante acompañar durante todo el proceso a este tipo de usuarios para ayudarles adaptarse a esta nueva situación.

Ha quedado demostrado en diferentes estudios que la atención coordinada de enfermería entre los diversos niveles asistenciales mejora la adaptación y manejo de esta nueva situación por parte del paciente y/o cuidadores. Una ostomía es un largo proceso que comienza antes de la intervención quirúrgica y continúa hasta después de que las heridas han cicatrizado.

Ayudar a desarrollar esta capacidad de auto cuidado será primordial para que estos usuarios tengan mejores resultados en salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Crear una consulta de enfermería de estomaterapia para el control del paciente ostomizado en el Sector de Barbastro.
2. Establecer los criterios de derivación y / o inclusión a la consulta de enfermería de estomaterapia.
3. Revisión de los registros de enfermería hospitalarios que se realizan en los pacientes portadores de estoma.
4. Formación y coordinación con AP.

MÉTODO

- Elección de un espacio donde se pueda visitar a los pacientes con estoma.
- Elección de una enfermera para desarrollar la consulta de estomaterapia.
- Crear una agenda para poder citar a los pacientes. Determinar que días se pasa consulta, cuanto tiempo se precisa para cada cita, etc..
- Crear una derivación en OMI (como proceso terapéutico) para que los profesionales puedan derivar a sus pacientes.
- Elección de criterios para incluir a los pacientes, cada cuanto se realizaran las visitas, el contenido educativo en cada una de las visitas,....
- Revisión de las guías en el cuidado de estoma y y determinar una guía para la educación de los pacientes.
- Revisión de las hojas de registro en planta de cirugía, para poder hacer una buena recogida de datos. Se prevé ponerse en contacto con la comisión de Historias clínicas del Hospital de Barbastro para poder validar la hoja resultante.
- Revisión del plan de cuidados del pacientes ostomizado.
- Abrir la consulta de enfermería para pacientes con estoma.
- Información/Formación a los profesionales de AP para que conozcan el nuevo servicio, formas de acceder a él, cuando pueden llamar para resolver dudas,.....
- A los dos meses de la puesta en marcha de la consulta de enfermería para pacientes con estoma, se realizará una evaluación del servicio prestado en ese tiempo.
- Se iniciará un registro de los pacientes que se les realiza un estoma digestivo durante 2018.
- Análisis y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.

INDICADORES

- N^a de pacientes ostomizados atendidos en la consulta de estomaterapia.
- N^o de de pacientes vistos primera visita en la consulta de estomaterapias.
- N^o de consultas telefónicas atendidas en la consulta de estomaterapia.

DURACIÓN

Marzo-18: Elección del espacio y la profesional

Abril-18: Creación agenda y derivación OMI (2 meses)

Mayo - septiembre -18: establecimiento de criterios, revisión de guías, registros y plan de cuidados.

Octubre-18: Puesta en marcha de la consulta.

Diciembre-18: información de la consulta en AP y evaluación del funcionamiento de la consulta.

Febreo-18: Evaluación del plan de mejora

Durante todo el año se registrarán todos los nuevos estomas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0320

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ESMERALDA FRANCES RAMI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SEIRA LLEDOS MARIA PILAR
CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA
GARCIA HIRALDO ISABEL MARIA
VALERO ASCASO EVA MARIA
LORENTE AIBAR MARIA PILAR
SANTOS BELINCHON CRISTINA
CORTES BORBON LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado todas las actividades que se plantearon en el plan de mejora para 2018. En la primera reunión de los componentes del plan de mejora se decidió trabajar en las recomendaciones de:

- Colectistectomía por laparoscopia
- Hemorroidectomía y fisura anal
- Herniorrafia /Eventrorrafia
- Pacientes portadores de drenaje al alta

Tras 3 reuniones y revisar la información encontrada se consensuaron, se generaron las recomendaciones para las patologías escogidas. Las reuniones se desarrollaron entre mayo y septiembre de 2018.

En octubre 2018, fueron revisadas por el jefe de cirugía y en diciembre de 2018 se realizó la sesión informativa al resto enfermeros de la planta.

No se han incluido en el programa del HP-doctor ya que se va a dejar de utilizarse en breve dicho programa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos medido y no se ha conseguido el estándar marcado por dos motivos. El primero, porque se tardó en hacer la sesión informativa al resto de compañeros (Diciembre de 2018) y el segundo problema que se detectó fue los profesionales de enfermería no constaban en la planta correcta (dado el constante cambio de ubicación del personal de enfermería, el programa HP-doctor las ubicaba en el primer servicio que habían trabajado). Nos hemos puesto en contacto con el servicio de informática y se ha ubicado a los profesionales que trabajan actualmente en el servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Continuamos con dicho proyecto, ya que los dos meses que estamos trabajando con las recomendaciones todos los profesionales están muy satisfechos y se pretende aumentar las recomendaciones al alta de enfermería en cuatro patologías más durante 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/320 ===== ***

Nº de registro: 0320

Título
UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
FRANCES RAMI ESMERALDA, SEIRA LLEDOS MARIA PILAR, CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA, GARCIA HIRALDO ISABEL MARIA, VALERO ASCASO EVA MARIA, LORENTE AIBAR MARIA PILAR, SANTOS BELINCHON CRISTINA, CORTES BORBON LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que precisan intervencion quirurgica programada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0320

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Se busca unificar y agilizar el trabajo enfermero

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Consultando la legislación vigente que compete con nuestro trabajo diario de planta, nos encontramos con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Artículo 15. Contenido de la historia clínica de cada paciente.
Apartado o) El informe clínico de alta siempre que haya hospitalización.

En la planta de cirugía, hay varios procesos que se repiten frecuentemente a lo largo del tiempo, como pueden ser las hernioplastias, colecistectomías por laparoscopia, hemorroidectomías,.....El contar con un documento que de antemano ya enumerara los cuidados básicos que necesita cada proceso, acortaría mucho los tiempos de realizar un informe de cuidados de enfermería al alta y a unificaría el trabajo de las enfermeras en la planta de cirugía.

RESULTADOS ESPERADOS

Unificar las recomendaciones que se dan en el informe de cuidados de enfermería al alta, en las patologías quirúrgicas más frecuentes en la planta de cirugía del Hospital de Barbastro.
Facilitar el trabajo de enfermería, al tener escritos de antemano los consejos en el informe de cuidados de enfermería al alta de los pacientes quirúrgicos.

MÉTODO

Decidir en que procesos quirúrgicos se estandarizan el informe de cuidados de enfermería al alta
Revisión bibliográfica de las últimas recomendaciones, en cada uno de los procesos en los que se decida trabajar por parte del grupo de mejora .
Consensuar con el grupo de participantes que consejos se incluyen en el documento.
Junto con el servicio de informática del Hospital de Barbastro incluir dicho consejos, acordados por el grupo de mejora, en el documento.
Realizar charla informativa al resto del personal de enfermería de la planta de cirugía.
Tras la puesta en marcha de los informes de cuidados de enfermería al alta, con los consejos parametrizados, valorar la inclusión de nuevos procesos .

INDICADORES

aumento de un 20% del nº de altas de enfermería en la planta de cirugía durante 2018, en relación al nº de altas de enfermería realizadas en 2017.

DURACIÓN

Febrero de 2018: Constitución del grupo de trabajo para realizar la parametrización del informe de cuidados de enfermería al alta. Inicio de la revisión bibliográfica en relación a los consejos que se dan a los pacientes.

Abril de 2018: Juntar todas las revisiones encontradas y acordar que consejos se incluyen para cada proceso .

Mayo de 2018: Junto con el servicio de informática del Hospital de Barbastro. Generar los archivos en HP- doctor para que todos los profesionales de enfermería puedan utilizarlo en la práctica diaria.

Junio de 2018: Charla informativa al resto de los profesionales de enfermería de la planta de cirugía para dar a conocer el contenido de las nuevas altas.

Julio de 2018 : Hacer un corte para valorar o no el aumento de las altas de enfermería en relación a las que se habían hecho en ese mismo periodo el año anterior.

Noviembre de 2018 hacer un segundo corte para valorar nº de altas realizadas. Valoración de los resultados obtenidos.

Diciembre de 2018: Valorar la inclusión de nuevos procesos quirúrgicos en las altas de enfermería.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0320

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0232

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DEL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE LAURA ALONSO AYERBE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUYAL MELE ANA
CAMPO SIN ALICIA
PUY FORADADA JOSEFA
GARCIA CLAU SUSANA
BALLARIN GIMENEZ MARIA ISABEL
SATUE ARMENGOL OLIVIA
GRAU SANZ MARIA SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La situación que nos encontramos al inicio del proyecto de mejora, es que en nuestro centro se utilizan de forma generalizada sistemas abiertos tipo llave de tres vías y válvulas bidireccionales, para el acceso al catéter ya sea para la administración de medicación e infusiones intravenosas o extracción de muestras sanguíneas. Durante el año 2018 se registraron en el servicio de prevención de riesgos laborales de nuestro sector, un total de 46 accidentes biológicos, de los cuales sólo 18 fueron a causa de pinchazos accidentales con agujas. Durante el mes de Mayo de 2018 se llevaron a cabo varios talleres para conocer el manejo y uso de los conectores cerrados. Estos talleres fueron impartidos por parte del comercial del material adjudicatario. Se realizaron varias sesiones formativas, para las supervisoras de las diferentes unidades y también para todo el personal del hospital que fueron bajando al aula de forma paulatina a lo largo de toda una mañana. Recientemente se volvieron a repetir dichas sesiones formativas en el mes de Febrero de 2019 para refuerzo de conocimientos ante la proximidad de la sustitución de los sistemas abiertos actuales por los sistemas cerrados. En el servicio de UCI por sus características especiales y el uso de diferente material que el resto de las unidades de hospitalización, si que se ha comenzado con la implantación de los sistemas cerrados, aunque con retraso debido a la dificultad para disponer de material adjudicado. En dicho servicio se esta elaborado un póster para unificar criterios en el correcto manejo y montaje de las diferentes necesidades de uso que tienen, según el acceso ya sea venoso o arterial y la utilización de las diferentes luces. También se está realizando un "Manual de montaje y preparación para las diferentes técnicas especiales en UCI" destinado a dar a conocer el material necesario para cada situación, tanto para el personal de enfermería actual el de nueva incorporación y para que el personal auxiliar en cuidados de enfermería sepa en cada momento que debe de preparar. Por el momento no se han podido realizar más actividades de las programadas, ya que por problemas con la distribución y aprovisionamiento, estamos a expensas de que se distribuyan los sistemas cerrados en el hospital en sus distintas modalidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a los resultados, al estar en espera de la implantación generalizada, no se pueden presentar en su totalidad. Respecto a la implantación, por el momento se ha implantado su uso únicamente en la UCI. La formación se ha realizado a todo el personal por medio de los talleres realizados. Cuando se realice la implantación en las unidades se realizará un refuerzo en el uso y manejo de los dispositivos así como la distribución de póster explicativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En espera de resultados definitivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/232 ===== ***

Nº de registro: 0232

Título
IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO D4EL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

Autores:
ALONSO AYERBE LAURA, PUYAL MELE ANA, CAMPO SIN ALICIA, PUY FORADADA JOSEFA, GARCIA CLAU SUSANA, BALLARIN GIMENEZ MARIA ISABEL, SATUE ARMENGOL OLIVIA, GRAU SANZ MARIA SOLEDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0232

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DEL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Engloba a todos los pacientes ingresados
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Asistencial y Seguridad del trabajador

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La protección y seguridad para el trabajador, inoculación accidental, es una de nuestras áreas de mejora. Ya en noviembre de 2008 distintas organizaciones europeas comunicaron a la Comisión Europea su deseo de entablar negociaciones, con arreglo al artículo 138, apartado 4, y el artículo 139 del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea, con objeto de celebrar un Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario. En el mes de julio de 2009 los interlocutores sociales europeos firmaron el texto del Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario. Con posterioridad se han aplicado otras directivas respecto a la utilización de objetos punzantes o cortantes; como la directiva 2010/32/UE del consejo, de 10 de mayo de 2010, que aplica el acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario. La Orden ESS/1451/2013, de 29 de Julio. Trasposición al ordenamiento jurídico nacional de la Directiva europea. La guía de Bioseguridad para los profesionales sanitarios, publicada 31 de Agosto 2015 por el ministerio de Sanidad. Una de las medidas para evitar estos accidentes es el uso de sistemas de conectores cerrados sin agujas. Por otro lado la disminución de las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter (CRBSI) Según la GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION DE INFECCIONES RELACIONADAS CON EL CATETER INTRAVASCULAR (Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011 CDC) Las válvulas para la inyección de medicamentos, administración de infusiones intravenosas y recolección de muestras de sangre representan una posible puerta de entrada para los microorganismos en el acceso vascular de catéteres, estas válvulas deben taparse cuando no se usan. En general, los sistemas de acceso de catéter cerrado se asocian a menos CRBSI que los sistemas abiertos, y debieran usarse preferentemente. El uso de los conectores de catéteres o válvulas mecánicas parece ser más eficaz, para reducir la colonización del conector, que las llaves de paso y tapas. La recomendación de los fabricantes de este tipo de conectores es que deben usarse los desinfectantes apropiados para evitar la transmisión de microbios a través de los conectores. La limpieza de estos conectores con una gasa impregnada en solución antiséptica es fácil, pero el exceso de trabajo y la falta de información podrían impedir el correcto funcionamiento de estos dispositivos. La implantación del uso de conectores cerrados sin agujas en todo el hospital así como su correcto uso es el fundamento de este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implantar en todo el Hospital el uso de conectores libres de agujas
- Formación a todo el personal implicado en su uso correcto
- Disminuir el número de accidentes por instrumentos cortantes y punzantes

MÉTODO

- ? -Análisis de la situación Abril 2018
- ? -Recoger datos previos sobre inoculaciones accidentales Consulta al Servicio de salud Laboral .Abril 2018
- ? -Formación a todo el personal relacionado con el uso de conectores libres de agujas (indicaciones, uso correcto, desinfección) mediante talleres realizados por el especialista en producto de las casas comerciales adjudicatarias. Mayo 2018
- ? -Refuerzo en la práctica diaria, del uso de estos dispositivos, en las diferentes unidades por los componentes del grupo de mejora. Mayo 2018
- ? -Elaboración de un póster para el correcto manejo de los dispositivos se colocaran en los cuartos de medicación de las plantas quirófanos urgencias CMA, radiología, Hospitales de Día, farmacia. Junio 2018
- ? -Implantación del uso de los dispositivos libres de agujas Mayo-Junio 2018
- ? -Diseño de un cuestionario para personal sobre el manejo de los dispositivos para evaluación de conocimientos y satisfacción. Junio2018
- ? -Se realizaran 2 cortes presenciales en todos los servicios donde se ha implantado el dispositivo, para realizar el seguimiento del correcto uso de los dispositivos. Septiembre y Diciembre 2018.
- ? -Recogida de datos tras la implantación de las inoculaciones accidentales Consulta al Servicio de Salud Laboral y análisis comparativo. Enfermera salud Laboral. Diciembre 2018
- ? -Análisis de resultados y diseño de acciones de mejora Febrero 2019
- ? -Difusión de los resultados Febrero 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0232

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DEL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

INDICADORES

- ? -Porcentaje de Unidades en las que se ha implantado el uso de sistemas de conectores cerrados. Resultado 100%
? -Enfermeras formadas en el uso de los conectores/total enfermeras usan estos dispositivos. Resultado= 90%

DURACIÓN

La duración y fechas previstas para llevar a cabo cada actividad están detalladas junto con las actividades propuestas en el apartado correspondiente a las mismas.
La duración del proyecto desde Abril del 2018 a Febrero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UGC DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Fecha de entrada: 21/01/2019

2. RESPONSABLE ANA NASARRE GER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FABREGAS CANALES MARIA DOLORES
PINA SALVADOR JOSE MANUEL
CHARRO CALVILLO MARA
SANCHEZ SALAS PILAR
BURGASE ESTALLO IRENE MARIA
BUSTOS MORELL CRISTINA
CASTELLAR OTIN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2018, se ha creado una agenda específica de enfermería para desarrollar, entre otras, atención a los pacientes con Artritis Reumatoide y Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Tenemos registrado el número de tratamientos totales que hemos administrado en Hospital de Día Médico, así como las toxicidades y/o reacciones adversas, que han quedado además registradas en la historia clínica de cada paciente. No podemos saber aún si se ha reducido el número de toxicidades puesto que en el año anterior no disponíamos aún de esta consulta. Está previsto poder hacer esa comparación al año siguiente.

Así mismo, también hemos registrado las llamadas telefónicas que realiza enfermería para el control del tratamiento recibido en HDía, y también de las llamadas que han cursado los pacientes para preguntar dudas. Actualmente, estamos en la fase de extracción y análisis de datos.

Respecto a la Artritis Reumatoide, hemos creado un grupo de trabajo para el control del uso racional del tratamiento biológico (en adelante, TB).

De manera paralela, hemos creado otro grupo de trabajo para el mismo objetivo en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Tenemos abierta una agenda en HIS de enfermería que seguirá, entre otros, un protocolo de actuación en primera visita de AR y también en visitas sucesivas.

En el proyecto de continuidad que realizaremos en 2019, tenemos previsto pasar una encuesta de satisfacción a pacientes y/o familiares, de manera similar a la que ya pasamos para el análisis de la patergia. En el proyecto de continuidad, también se incluye el informe de continuidad de cuidados específicos dirigido al mantenimiento de una comunicación fluida y permanente entre niveles asistenciales.

De manera aún incipiente, se ha creado un grupo multidisciplinar, que incluye varias especialidades médicas (farmacia, digestivo, reumatología y dermatología) y personal de enfermería, para la gestión del conocimiento adquirido, y dicho grupo está recabando información para confeccionar las bases de datos para su posterior explotación.

Respecto a la formación continuada, varios profesionales sanitarios han realizado un curso sobre tratamientos biológicos en consulta externa.

Se han registrado un mínimo de 3 sesiones clínicas interdisciplinarias para poner en común casos complejos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Agenda específica creada.

Grupo de trabajo activo.

3 sesiones clínicas realizadas

872 pacientes nuevos en 2018. 1003 valoraciones de adherencia al tratamiento y educación sanitaria. Además, hay 663 consultas telefónicas relacionadas y 195 valoraciones nutricionales.

Tratamientos administrados: Reumatología 377; Digestivo 171; Neurología 332; Dermatología 11; Endocrinología 134.

TOTAL: 1025.

También se ha registrado el número de toxicidades (1662).

(Actualmente, estamos en la fase de extracción y análisis de datos.)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha logrado crear una unidad específica para el control del tratamiento biológico de varias enfermedades crónicas, entre las que destacan dos importantes, tanto por su relevancia clínica como por su prevalente, que son la Artritis Reumatoide y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En dicha unidad, se contempla un organigrama global desde el diagnóstico de la enfermedad, las visitas médicas, las visitas a enfermería, las pautas de tratamiento, y el control posterior de estos enfermos.

Es importante reseñar que esta unidad está abierta a seguir estos mismos protocolos con otras patologías médicas crónicas, como psoriasis, oftalmopatías, endocrinopatías, etc, a los que actualmente ya estamos administrando dichos tratamientos biológicos.

Esta unidad integra el funcionamiento y la asistencia prestada por 6 especialidades médicas, siempre obteniendo un mayor beneficio tanto para pacientes como para profesionales que los atienden.

Creemos necesario continuar con el proyecto en 2019 con los mismos objetivos, para así consolidar las actividades e implantar nuevas acciones de mejora.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UGC DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/53 ===== ***

Nº de registro: 0053

Título
UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Autores:
NASARRE GER ANA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, PINA SALVADOR JOSE MANUEL, CHARRO CALVILLO MARA, SANCHEZ SALAS PILAR, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, BUSTOS MORELL CRISTINA, CASTELLAR OTIN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades digestivas, neurológicas, metabólicas, dermatológicas, oftalmológicas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
los pacientes que reciben tratamientos biológicos actualmente se extienden a cada vez más especialidades médicas, son pacientes cada vez más longevos y más complejos, que consumen un gran número de recursos (humanos y materiales). Además, son pacientes que necesitan una atención multidisciplinar, en todos los niveles asistenciales. Por otra parte, los tratamientos biológicos son medicamentos de alto impacto sociosanitario, y precisan un seguimiento estricto para conseguir que su elevado coste resulte eficiente. La comprobación de todos estos registros requiere tiempo y personal específicamente formado.

RESULTADOS ESPERADOS
los pacientes atendidos en las siguientes especialidades, Reumatología, Digestivo, Neurología, Endocrino, Medicina Interna, Dermatología y Oftalmología, manejan herramientas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que precisan de equipos multidisciplinarios (que incluyen médicos, enfermería y farmacia). Se necesita crear grupos de trabajo que fomenten el apoyo al paciente, a la calidad asistencial y a la investigación en este campo.

estas Unidades han demostrado capacidad para mejorar en los siguientes resultados,
- resultados en salud: objetivos terapéuticos claros y cuantificables, con una notable mejoría en los resultados.
- Resultados en calidad de vida: mejora en la percepción de los pacientes sobre su atención sanitaria y sobre su propia enfermedad
- Resultados económicos: mejora en la eficiencia en la administración de los tratamientos biológicos
- Resultados en los profesionales: motivación para la investigación y la formación continuada
Para cuantificar y clasificar los datos que permiten evaluar estos resultados se necesita tiempo, y se ha demostrado que un profesional de enfermería específicamente formado es plenamente capaz de realizar la labor de recogida y organización de datos, siendo mucho más eficiente para el sistema.

MÉTODO
Actividad: el conjunto de actividades que han de desarrollarse para alcanzar el uso racional de recursos (humanos y materiales) que perseguimos, debe ser organizada según unas líneas básicas de trabajo que comprendan:
- metodología clínica
- fármacos biológicos: monitorización, coordinación y gestión de incidencias
- seguimiento de fármacos biológicos, tanto orales como subcutáneos, entrenamiento y autoadministración
- consulta asistencial telefónica
- gestión de efectos adversos
- incidencias y adherencia terapéutica
El conjunto de actividades se desarrollarán de forma conjunta entre facultativos y personal de enfermería. Además, en actividad incluimos un taller específico de formación para la actualización en el uso racional de tratamientos biológicos, dirigido a médicos, enfermería, tanto de atención primaria como hospitalización, y servicio de urgencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UGC DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

INDICADORES

INDICADOR --> ESTÁNDAR

Creación de consulta específica de Enfermería con agenda propia: SI

Nº efectos adversos (toxicidades)/nº tratamientos totales: Reducción respecto año previo

Registro de consulta telefónica de control: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Artritis Reumatoide: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Enfermedad Inflamatoria Intestinal: SI

Reducción del nº de visitas al FEA de Reumatología al trimestre respecto a sí mismo: SI

Encuesta de satisfacción a los pacientes y/o familiares: SI

% Informes de continuidad de cuidados dirigido a comunicación entre niveles asistenciales: 90%

Creación de Grupo de Investigación multidisciplinar entre medicina y enfermería para gestión del conocimiento adquirido: SI

Nº sesiones clínicas interdisciplinarias: 3/año

Existencia de circuito señalizado hospitalario: SI

DURACIÓN

Fecha inicio marzo 2018.

Responsables de implantación: coordinadora del proyecto (supervisora de enfermería de Hospital de Día de Área Médica, HdDAM)

Plan de comunicación al hospital por diferentes medios de difusión internos (Intranet, correo electrónico, sesiones presenciales).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ANA NASARRE GER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FABREGAS CANALES MARIA DOLORES
PINA SALVADOR JOSE MANUEL
CHARRO CALVILLO MARA
SANCHEZ SALAS PILAR
BURGASE ESTALLO IRENE MARIA
BUSTOS MORELL CRISTINA
CASTELLAR OTIN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2018, se ha creado una agenda específica de enfermería para desarrollar, entre otras, atención a los pacientes con Artritis Reumatoide y Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Tenemos registrado el número de tratamientos totales que hemos administrado en Hospital de Día Médico, así como las toxicidades y/o reacciones adversas, que han quedado además registradas en la historia clínica de cada paciente. No podemos saber aún si se ha reducido el número de toxicidades puesto que en el año anterior no disponíamos aún de esta consulta. Está previsto poder hacer esa comparación al año siguiente. Así mismo, también hemos registrado las llamadas telefónicas que realiza enfermería para el control del tratamiento recibido en HDía, y también de las llamadas que han cursado los pacientes para preguntar dudas. Actualmente, estamos en la fase de extracción y análisis de datos. Respecto a la Artritis Reumatoide, hemos creado un grupo de trabajo para el control del uso racional del tratamiento biológico (en adelante, TB). De manera paralela, hemos creado otro grupo de trabajo para el mismo objetivo en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Tenemos abierta una agenda en HIS de enfermería que seguirá, entre otros, un protocolo de actuación en primera visita de AR y también en visitas sucesivas. En el proyecto de continuidad que realizaremos en 2019, tenemos previsto pasar una encuesta de satisfacción a pacientes y/o familiares, de manera similar a la que ya pasamos para el análisis de la patología. En el proyecto de continuidad, también se incluye el informe de continuidad de cuidados específicos dirigido al mantenimiento de una comunicación fluida y permanente entre niveles asistenciales. De manera aún incipiente, se ha creado un grupo multidisciplinar, que incluye varias especialidades médicas (farmacia, digestivo, reumatología y dermatología) y personal de enfermería, para la gestión del conocimiento adquirido, y dicho grupo está recabando información para confeccionar las bases de datos para su posterior explotación. Respecto a la formación continuada, varios profesionales sanitarios han realizado un curso sobre tratamientos biológicos en consulta externa. Se han registrado un mínimo de 3 sesiones clínicas interdisciplinarias para poner en común casos complejos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Agenda específica creada. Grupo de trabajo activo. 3 sesiones clínicas realizadas 872 pacientes nuevos en 2018. 1003 valoraciones de adherencia al tratamiento y educación sanitaria. Además, hay 663 consultas telefónicas relacionadas y 195 valoraciones nutricionales. Tratamientos administrados: Reumatología 377; Digestivo 171; Neurología 332; Dermatología 11; Endocrinología 134. TOTAL: 1025. También se ha registrado el número de toxicidades (1662). (Actualmente, estamos en la fase de extracción y análisis de datos.)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha logrado crear una unidad específica para el control del tratamiento biológico de varias enfermedades crónicas, entre las que destacan dos importantes, tanto por su relevancia clínica como por su prevalencia, que son la Artritis Reumatoide y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En dicha unidad, se contempla un organigrama global desde el diagnóstico de la enfermedad, las visitas médicas, las visitas a enfermería, las pautas de tratamiento, y el control posterior de estos enfermos. Es importante reseñar que esta unidad está abierta a seguir estos mismos protocolos con otras patologías médicas crónicas, como psoriasis, oftalmopatías, endocrinopatías, etc, a los que actualmente ya estamos administrando dichos tratamientos biológicos. Esta unidad integra el funcionamiento y la asistencia prestada por 6 especialidades médicas, siempre obteniendo un mayor beneficio tanto para pacientes como para profesionales que los atienden. Creemos necesario continuar con el proyecto en 2019 con los mismos objetivos, para así consolidar las actividades e implantar nuevas acciones de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/53 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

Nº de registro: 0053

Título
UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

Autores:
NASARRE GER ANA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, PINA SALVADOR JOSE MANUEL, CHARRO CALVILLO MARA, SANCHEZ SALAS PILAR, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, BUSTOS MORELL CRISTINA, CASTELLAR OTIN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades digestivas, neurológicas, metabólicas, dermatológicas, oftalmológicas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
los pacientes que reciben tratamientos biológicos actualmente se extienden a cada vez más especialidades médicas, son pacientes cada vez más longevos y más complejos, que consumen un gran número de recursos (humanos y materiales). Además, son pacientes que necesitan una atención multidisciplinar, en todos los niveles asistenciales. Por otra parte, los tratamientos biológicos son medicamentos de alto impacto socio-sanitario, y precisan un seguimiento estricto para conseguir que su elevado coste resulte eficiente. La comprobación de todos estos registros requiere tiempo y personal específicamente formado.

RESULTADOS ESPERADOS
los pacientes atendidos en las siguientes especialidades, Reumatología, Digestivo, Neurología, Endocrino, Medicina Interna, Dermatología y Oftalmología, manejan herramientas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que precisan de equipos multidisciplinarios (que incluyen médicos, enfermería y farmacia). Se necesita crear grupos de trabajo que fomenten el apoyo al paciente, a la calidad asistencial y a la investigación en este campo.

estas Unidades han demostrado capacidad para mejorar en los siguientes resultados,
- resultados en salud: objetivos terapéuticos claros y cuantificables, con una notable mejoría en los resultados.
- Resultados en calidad de vida: mejora en la percepción de los pacientes sobre su atención sanitaria y sobre su propia enfermedad
- Resultados económicos: mejora en la eficiencia en la administración de los tratamientos biológicos
- Resultados en los profesionales: motivación para la investigación y la formación continuada
Para cuantificar y clasificar los datos que permiten evaluar estos resultados se necesita tiempo, y se ha demostrado que un profesional de enfermería específicamente formado es plenamente capaz de realizar la labor de recogida y organización de datos, siendo mucho más eficiente para el sistema.

MÉTODO
Actividad: el conjunto de actividades que han de desarrollarse para alcanzar el uso racional de recursos (humanos y materiales) que perseguimos, debe ser organizada según unas líneas básicas de trabajo que comprendan:
- metodología clínica
- fármacos biológicos: monitorización, coordinación y gestión de incidencias
- seguimiento de fármacos biológicos, tanto orales como subcutáneos, entrenamiento y autoadministración
- consulta asistencial telefónica
- gestión de efectos adversos
- incidencias y adherencia terapéutica
El conjunto de actividades se desarrollarán de forma conjunta entre facultativos y personal de enfermería. Además, en actividad incluimos un taller específico de formación para la actualización en el uso racional de tratamientos biológicos, dirigido a médicos, enfermería, tanto de atención primaria como hospitalización, y servicio de urgencias.

INDICADORES
INDICADOR --> ESTÁNDAR

Creación de consulta específica de Enfermería
con agenda propia: SI

Nº efectos adversos (toxicidades)/nº tratamientos totales: Reducción respecto año previo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Registro de consulta telefónica de control: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Artritis Reumatoide: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Enfermedad Inflamatoria Intestinal: SI

Reducción del nº de visitas al FEA de Reumatología al trimestre respecto a sí mismo: SI

Encuesta de satisfacción a los pacientes y/o familiares: SI

% Informes de continuidad de cuidados dirigido a comunicación entre niveles asistenciales: 90%

Creación de Grupo de Investigación multidisciplinar entre medicina y enfermería para gestión del conocimiento adquirido: SI

Nº sesiones clínicas interdisciplinarias: 3/año

Existencia de circuito señalizado hospitalario: SI

DURACIÓN

Fecha inicio marzo 2018.

Responsables de implantación: coordinadora del proyecto (supervisora de enfermería de Hospital de Día de Área Médica, HdDAM)

Plan de comunicación al hospital por diferentes medios de difusión internos (Intranet, correo electrónico, sesiones presenciales).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE UBIERGO MUMBIELA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ MURO SHEILA
PINTADO TORRECILLA MARINA
TRICAS CRAVER BEGOÑA
GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ
LAVIÑA LARDIES SONIA
FERRER MATEO SARA
SALAMERO UBIERGO GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elegido el lugar de la consulta que será la consulta de Enfermería
La persona elegida será la enfermera de la consulta de Cirugía
Horario: tardes para no interferir en el trabajo habitual y la agenda será a demanda hasta establecer unos criterios.
Se ha realizado una revisión de las hojas de registro de los pacientes ingresados y ha sido autorizada por la Comisión de Historias clínicas.
También se ha revisado el plan de cuidados del paciente ostomizado.
Se citarán los pacientes a través de Enfermería mediante un e-mail que llegará a Admisión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha creado una agenda y se están viendo pacientes que se localizan actualmente en la consulta de Cirugía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto tiene mucho futuro porque cada día se realizan más estomas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/218 ===== ***

Nº de registro: 0218

Título
CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
UBIERGO MUNBIELA MARIA JOSE, LOPEZ MURO SHEILA, PINTADO TORRECILLA MARINA, TRICAS CRAVER BEGOÑA, GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ, LAVIÑA LARDIES SONIA, FERRER MATEO SARA, SALAMERO UBIERGO GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento del número de pacientes portadores de estomas en los últimos años, ha generado la necesidad de crear un plan de actuación específico.

La instauración de una estoma produce una serie de reacciones en el paciente que comportan cambios importantes en su vida cotidiana, que conllevan alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, ritmo intestinal), cambios psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

integración y reinserción) por eso es importante acompañar durante todo el proceso a este tipo de usuarios para ayudarles adaptarse a esta nueva situación.

Ha quedado demostrado en diferentes estudios que la atención coordinada de enfermería entre los diversos niveles asistenciales mejora la adaptación y manejo de esta nueva situación por parte del paciente y/o cuidadores. Una ostomía es un largo proceso que comienza antes de la intervención quirúrgica y continúa hasta después de que las heridas han cicatrizado.

Ayudar a desarrollar esta capacidad de auto cuidado será primordial para que estos usuarios tengan mejores resultados en salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Crear una consulta de enfermería de estomaterapia para el control del paciente ostomizado en el Sector de Barbastro.
2. Establecer los criterios de derivación y / o inclusión a la consulta de enfermería de estomaterapia.
3. Revisión de los registros de enfermería hospitalarios que se realizan en los pacientes portadores de estoma.
4. Formación y coordinación con AP.

MÉTODO

- Elección de un espacio donde se pueda visitar a los pacientes con estoma.
- Elección de una enfermera para desarrollar la consulta de estomaterapia.
- Crear una agenda para poder citar a los pacientes. Determinar que días se pasa consulta, cuanto tiempo se precisa para cada cita, etc..
- Crear una derivación en OMI (como proceso terapéutico) para que los profesionales puedan derivar a sus pacientes.
- Elección de criterios para incluir a los pacientes, cada cuanto se realizaran las visitas, el contenido educativo en cada una de las visitas,....
- Revisión de las guías en el cuidado de estoma y determinar una guía para la educación de los pacientes.
- Revisión de las hojas de registro en planta de cirugía, para poder hacer una buena recogida de datos. Se prevé ponerse en contacto con la comisión de Historias clínicas del Hospital de Barbastro para poder validar la hoja resultante.
- Revisión del plan de cuidados del pacientes ostomizado.
- Abrir la consulta de enfermería para pacientes con estoma.
- Información/Formación a los profesionales de AP para que conozcan el nuevo servicio, formas de acceder a él, cuando pueden llamar para resolver dudas,.....
- A los dos meses de la puesta en marcha de la consulta de enfermería para pacientes con estoma, se realizará una evaluación del servicio prestado en ese tiempo.
- Se iniciará un registro de los pacientes que se les realiza un estoma digestivo durante 2018.
- Análisis y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.

INDICADORES

- N^a de pacientes ostomizados atendidos en la consulta de estomaterapia.
- N^o de de pacientes vistos primera visita en la consulta de estomaterapias.
- N^o de consultas telefónicas atendidas en la consulta de estomaterapia.

DURACIÓN

Marzo-18: Elección del espacio y la profesional
Abril-18: Creación agenda y derivación OMI (2 meses)
Mayo - septiembre -18: establecimiento de criterios, revisión de guías, registros y plan de cuidados.
Octubre-18: Puesta en marcha de la consulta.
Diciembre-18: información de la consulta en AP y evaluación del funcionamiento de la consulta.
Febreo-18: Evaluación del plan de mejora
Durante todo el año se registrarán todos los nuevos estomas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0287

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR SANCHEZ SALAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA CAZAÑA TAMARA
LUEZA LAMPURLANES CRISTINA
ARIÑO ALDABO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha logrado dar continuidad a la teleconsulta dermatológica entre el médico especialista y los médicos de Atención Primaria.
Progresivamente desde su implantación en 2007 se han ido uniendo los diferentes centros de Salud del Sector: Aínsa, Castejón de Sos, Lafortunada, Benabarre, Barbastro, Monzón...hasta las últimas incorporaciones en 2017 de Fraga y Mequinzena.
Durante 2018 se ha unido al proyecto el centro de Salud de Binéfar, y se ha dinamizado la actividad con centros como Lafortunada y Aínsa, que por motivos técnicos habían quedado sin medios para continuar la actividad.
Se ha actualizado el modelo existente de teleconsulta, modificando el formulario existente, e integrando la Teledermatología en la Interconsulta Primaria de la Historia Clínica Electrónica, permitiendo a cualquier especialista acceder al episodio.
Se ha realizado una jornada de formación presencial con los responsables de Teledermatología de cada Centro de Salud para informar de dicha actualización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado un total de 210 interconsultas virtuales:

- Centro de salud Barbastro: N 148, Resolución 105 (71%), consulta física 43 (29%)
- Centro de salud Castejón: N 34, Resolución 25 (74%), consulta física 9 (26%)
- Centro de salud Benabarre: N 25, Resolución 17 (68%), consulta física 8 (32%)
- Centro de salud Lafortunada: N 3, Resolución 2 (67%), consulta física 1 (33%)

Se han resuelto a través de teledermatología un total de 149 interconsultas (71%) y 61 pacientes precisaron cita en el servicio de Dermatología (29%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Teledermatología es un sistema útil para la detección rápida de patología, con una buena selección de pacientes.
Las mayores tasas de concordancia con el gold standard se ven en patología tumoral.
Los pacientes se han mostrado satisfechos con el funcionamiento del sistema.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/287 ===== ***

Nº de registro: 0287

Título
TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
SANCHEZ SALAS PILAR, GRACIA CAZAÑA TAMARA, LUEZA LAMPURLANES CRISTINA, ARIÑO ALDABO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0287

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Con el objetivo de potenciar un sistema de asistencia y derivación directa desde Atención Primaria hasta el nivel hospitalario para pacientes con lesiones dermatológicas, el Hospital de Barbastro (Huesca) dispone de la Unidad de Tele dermatología que, fue creada en el año 2007 y cuya actividad se ha implantado progresivamente con todos los centros de salud del Sector.

Una aplicación indiscutible es la utilización de la Tele dermatología como método de cribado o selección de los pacientes con patología dermatológica no resuelta por el médico general y que le plantea a este último serias dudas en cuanto a que el paciente pueda esperar a la consulta ordinaria o que precise de una consulta urgente por el dermatólogo.

La Tele dermatología evita desplazamientos de los pacientes y reduce los tiempos de espera para las consultas especializadas.

La Tele dermatología es un tipo de consulta satisfactoria para los pacientes que se han sometido a ella. Asimismo, satisface a los médicos generales que solicitan las consultas especializadas a través de este sistema y constituye un buen sistema de comunicación y colaboración de los médicos de Atención Primaria con los de Especializada. Creemos que el modelo de teleconsulta en Dermatología, dada las características demográficas y orográficas de nuestro Sector, puede mantenerse con rentabilidad y eficiencia clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos del proyecto son dar continuidad a la implementación de la teleconsulta dermatológica entre el médico especialista y los médicos de Atención Primaria.

Progresivamente desde su implantación en 2007 se han ido uniendo los diferentes centros de Salud del Sector: Aínsa, Castejón de Sos, Lafortunada, Benabarre, Barbastro, Monzón...hasta las últimas incorporaciones en 2017 de Fraga y Mequinzena, y próximamente Binéfar.

MÉTODO

a) Análisis diferido de imágenes.

El médico de Atención Primaria, desde los Centros de Salud seleccionados para este servicio, cumplimenta un formulario prefijado junto con varias imágenes clínicas y dermatoscópicas del paciente, dependiendo del tipo de lesión.

El dermatólogo revisa el caso y emite un informe con su opinión diagnóstica y/o terapéutica, que estará a disposición del médico consultante. Igualmente puede solicitar nuevos datos, exámenes complementarios, o visita convencional con el paciente si lo considera oportuno.

b) Teleformación.

Utilización de los sistemas de telecomunicación para la formación de los profesionales sanitarios e, incluso, de pacientes.

c) Formación presencial.

Presencia del dermatólogo y/o responsables del servicio de Informática en los centros de Salud para la formación clínica o técnica requerida en la implantación y seguimiento del sistema.

INDICADORES

- Número de teleconsultas que se resuelven sin visita presencial.

- Ratio número total de teleconsultas/ teleconsultas resueltas en un único acto médico, en general y también evaluado por centros de Salud.

- Tiempo medio de espera desde la petición de la teleconsulta hasta su realización.

- Concordancia entre el diagnóstico de sospecha emitido por el médico de Atención Primaria y el diagnóstico del especialista, como marcador de formación continuada.

DURACIÓN

Evaluación de teleconsultas por el dermatólogo diariamente, según demanda, dentro de su jornada laboral.

Elaboración de informes para Atención Primaria de forma inmediata.

Jornadas de formación según requerimientos de los especialistas de Atención Primaria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0287

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0287

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE PILAR SANCHEZ SALAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA CAZAÑA TAMARA
LUEZA LAMPURLANES CRISTINA
ARIÑO ALDABO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Evaluación de los casos clínicos enviados desde los centros de Atención Primaria de nuestro Sector .
Los casos se valoran en las primeras 24-72 horas de su recepción, sin superar un máximo de 7 días .
Los formularios de Teledermatología se encuentran integrados en la Interconsulta Virtual de la Historia Clínica Electrónica.
Se realizan tareas de formación a los especialistas de Atención Primaria a través de la propia actividad.
Se han ido incorporando progresivamente nuevos centros de Atención Primaria a la actividad; se realizarán nuevas actividades de formación en los centros que se adscriban.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resolución de aproximadamente el 70% de los casos de forma virtual, sin que el paciente tenga que acudir a la consulta presencial.
Satisfacción del paciente y del médico de Atención Primaria con la actividad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Coordinación correcta en los centros de Atención Primaria para la recogida de casos (un médico responsable por centro, agendas para hacer historias y fotografías a los pacientes).
Equipamiento necesario con dermatoscopia adaptada a la cámara.
El proyecto no ha requerido de otros gastos adicionales, salvo la inversión inicial en los equipos.
Queda pendiente la implantación en la totalidad de los centros de Atención Primaria y jornadas de actualización para los nuevos miembros.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/287 ===== ***

Nº de registro: 0287

Título
TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
SANCHEZ SALAS PILAR, GRACIA CAZAÑA TAMARA, LUEZA LAMPURLANES CRISTINA, ARIÑO ALDABO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con el objetivo de potenciar un sistema de asistencia y derivación directa desde Atención Primaria hasta el nivel hospitalario para pacientes con lesiones dermatológicas, el Hospital de Barbastro (Huesca) dispone de la Unidad de Teledermatología que, fue creada en el año 2007 y cuya actividad se ha implantado progresivamente con todos los centros de salud del Sector.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0287

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Una aplicación indiscutible es la utilización de la Tele dermatología como método de cribado o selección de los pacientes con patología dermatológica no resuelta por el médico general y que le plantea a este último serias dudas en cuanto a que el paciente pueda esperar a la consulta ordinaria o que precise de una consulta urgente por el dermatólogo.

La Tele dermatología evita desplazamientos de los pacientes y reduce los tiempos de espera para las consultas especializadas.

La Tele dermatología es un tipo de consulta satisfactoria para los pacientes que se han sometido a ella. Asimismo, satisface a los médicos generales que solicitan las consultas especializadas a través de este sistema y constituye un buen sistema de comunicación y colaboración de los médicos de Atención Primaria con los de Especializada. Creemos que el modelo de teleconsulta en Dermatología, dada las características demográficas y orográficas de nuestro Sector, puede mantenerse con rentabilidad y eficiencia clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos del proyecto son dar continuidad a la implementación de la teleconsulta dermatológica entre el médico especialista y los médicos de Atención Primaria.

Progresivamente desde su implantación en 2007 se han ido uniendo los diferentes centros de Salud del Sector: Aínsa, Castejón de Sos, LaFortunada, Benabarre, Barbastro, Monzón... hasta las últimas incorporaciones en 2017 de Fraga y Mequinzena, y próximamente Binéfar.

MÉTODO

a) Análisis diferido de imágenes.

El médico de Atención Primaria, desde los Centros de Salud seleccionados para este servicio, cumplimenta un formulario prefijado junto con varias imágenes clínicas y dermatoscópicas del paciente, dependiendo del tipo de lesión.

El dermatólogo revisa el caso y emite un informe con su opinión diagnóstica y/o terapéutica, que estará a disposición del médico consultante. Igualmente puede solicitar nuevos datos, exámenes complementarios, o visita convencional con el paciente si lo considera oportuno.

b) Teleformación.

Utilización de los sistemas de telecomunicación para la formación de los profesionales sanitarios e, incluso, de pacientes.

c) Formación presencial.

Presencia del dermatólogo y/o responsables del servicio de Informática en los centros de Salud para la formación clínica o técnica requerida en la implantación y seguimiento del sistema.

INDICADORES

- Número de teleconsultas que se resuelven sin visita presencial.

- Ratio número total de teleconsultas/ teleconsultas resueltas en un único acto médico, en general y también evaluado por centros de Salud.

- Tiempo medio de espera desde la petición de la teleconsulta hasta su realización.

- Concordancia entre el diagnóstico de sospecha emitido por el médico de Atención Primaria y el diagnóstico del especialista, como marcador de formación continuada.

DURACIÓN

Evaluación de teleconsultas por el dermatólogo diariamente, según demanda, dentro de su jornada laboral.

Elaboración de informes para Atención Primaria de forma inmediata.

Jornadas de formación según requerimientos de los especialistas de Atención Primaria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0778

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE HEPATITIS C DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 08/08/2019

2. RESPONSABLE YAMAL HARB SAID
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTELLAR OTIN ELENA
AZNAR MUÑOZ ROBERTO
BUSTOS MORELL CRISTINA
AURED DE LA SERNA ISABEL
LALANA GARCES MARTA
VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elaboración de base de datos de pacientes objetivo del proyecto.
-Creación de un equipo de trabajo multidisciplinario con reuniones periódicas
-Contacto con pacientes y vías de contacto para ofrecer diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C
-Conexión de nuestro grupo de trabajo con el plan estratégico nacional para la eliminación de la hepatitis C en nuestro sector sanitario
-Diagnóstico por métodos no invasivos de laboratorio del grado de fibrosis hepática: FIB 4

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Contacto por correo o telefónico con 53 pacientes, revisión en consultas de aparato digestivo y tratamiento en los casos indicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Continuación del proyecto en concordancia con el plan estratégico nacional.
Mejorar la eficiencia de la base de datos de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/778 ===== ***

Nº de registro: 0778

Título
GRUPO DE TRABAJO DE HEPATITIS C DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Autores:
HARB SAID YAMAL, CASTELLAR OTIN ELENA, AZNAR MUÑOZ ROBERTO, BUSTOS MORELL CRISTINA, AURED DE LA SERNA ISABEL, LALANA GARCES MARTA, VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: erradicar vhc del sector sanitario de Barbastro

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
reducir la aparición de nuevos casos de hepatitis C

RESULTADOS ESPERADOS
realizar el abordaje diagnóstico-terapéutico de los casos aflorados con viremia positiva en nuestro sector sanitario, acorde al circuito definido en la estrategia autonómica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0778

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE HEPATITIS C DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

MÉTODO

equipo de trabajo multidisciplinario, creación de base de datos de pacientes con cualquier serología positiva vhc de nuestro laboratorio, contactar con los pacientes y ofrecerles la forma de contactar con el grupo de trabajo mediante correo o teléfono y la posibilidad de recibir tratamiento con agentes antivirales directos

INDICADORES

reuniones periódicas del grupo de trabajo(al menos trimestral) y evaluación de resultados

DURACIÓN

inicio del programa en septiembre-octubre de 2018 sin fecha fija de finalización

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1514

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL AURED DE LA SERNA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARELLANO CARRERA ROCIO
COSCOJUELA QUIROGA ANA
HARB SAID YAMAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado una agenda específica con las instrucciones para la realización del fibroscan realizándose un total de 104 exploraciones. La industria farmacéutica ha cedido el mismo con una periodicidad de 2-3 mese, a demanda interna del servicio. Actualmente está solicitado un fibroscan de nueva generación que incluirá la realización del CAP que nos permitiría cuantificar la esteatosis hepática, patología en incremento en nuestra sociedad. El documento que se obtiene tras la realización del fibroscan permite evitar el uso de papel con tinta percedera, encontrándose pendiente de poder integrarlo en la red hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de informe, 104 pacientes valorados en el Hospital de Barbastro evitando desplazamiento a Huesca y/o Zaragoza, en proceso de integración informática.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El fibroscan es una medida no invasiva de fibrosis hepática que permite evitar técnicas agresivas como la biopsia hepática. Realizando agendas al respecto con personal entrenado se aumenta el rendimiento de la técnica, con incremento sustancial de las solicitudes al ampliar el tipo de pacientes que la requieren. Queda pendiente poder integrar el informe realizado en la red para permitir su visualización sin precisar la historia clínica(en proceso).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1514 ===== ***

Nº de registro: 1514

Título
INFORMATIZACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)

Autores:
AURED DE LA SERNA ISABEL, ARELLANO CARRERA ROCIO, COSCOJUELA QUIROGA ANA, HARB SAID YAMAL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Para cuantificar la fibrosis hepática el procedimiento que se utilizaba es la biopsia hepática, sin embargo ahora disponemos de otras opciones no invasivas para cuantificarla, como lo es el fibroscan o elastografía de transición (ET), las cuales son capaces de determinar el grado de fibrosis hepática y el estado de rigidez del hígado. En el Hospital de Barbastro disponemos de un fibroscan en préstamo cada 2-3 meses por parte de la industria farmacéutica. Anteriormente el paciente se desplazaba hasta Zaragoza para su realización en el Hospital

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1514

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)

Clínico Universitario Lozano Blesa. El resultado del fibroscan se registrará en la intranet lo que permitirá ver el resultado desde cualquier hospital de la comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS

La elaboración de un documento accesible en la intranet evitará tener el resultado en un papel térmico, en el cual la tinta desaparece con el tiempo y además puede ser causa de extravío ya que tiene unas dimensiones reducidas que facilitan su pérdida.

Así mismo se evitará repetir la prueba de forma innecesaria.

MÉTODO

Realización de un documento que valore los distintos grados de fibrosis con respecto al resultado obtenido en la prueba, fácilmente interpretable por cualquier médico que acceda a él.

INDICADORES

Resultados informativos en la intranet: 100%

DURACIÓN

-Julio-Agosto-18: realización de una plantilla estandar
-Septiembre-Octubre-18: contacto con el servicio de informática
-Noviembre 18: implementación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0945

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ANA LIDIA MEDRANO NAVARRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BURGASE ESTALLO IRENE MARIA
BLASCO GONZALEZ MARIA ELENA
MENA GIMENO VIRGINIA
OLIVAR ORTEGA LORENA
SAMITIER SUBIAS MARIA JOSE
NASARRE GER ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante la primera parte del proyecto se llevo a cabo el desarrollo del protocolo de pruebas funcionales endocrinológicas en cual consta de un total de 15 pruebas de realización tanto intra-hospitalaria como de forma ambulatoria en hospital de día. Cada una de las pruebas o test consta de las siguientes partes: fundamento, procedimiento y material necesario, interpretación de resultados y posibles efectos secundarios. La segunda parte de proyecto consistió en difundirlos a través de charlas entre los diferentes servicios de medicina interna y reuniones con personal de enfermería de hospital de día de Barbastro para la formación y el debate sobre logística y metodología para su realización. Por última parte en el mes de octubre se inicio el uso del protocolo y su implementación a través de intranet y se inicio la recogida de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El total de pruebas realizadas fueron 27 test de los cuales un 75% eran mujeres y un 25 % eran hombres. La pruebas más frecuentemente realizadas fueron el test de thyrogen en un 59% de los casos, realizado para tratamiento y seguimiento del carcinoma papilar de tiroides y 33% fueron test de ACT para descartar insuficiencia suprarrenal. El resto de pruebas fueron estudios de crecimiento como test de propanolol-ejercicio y test de glucagon. Se ha aportado información a todos los pacientes sobre la prueba a realizar y se ha firmado el consentimiento informado. Como reacciones adversas tras el tratamiento con Thyrogen se ha detectado hipertensión arterial transitoria en un paciente descartándose otras causas, no estando este efecto adverso registrado previamente, durante el test de glucagón el paciente presento nauseas siendo un efecto frecuente de este procedimiento. En el resto de pruebas que se realizaron no ha habido incidencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha desarrollado el protocolo de pruebas funcionales endocrinológicas adecuadamente dentro de las fechas previstas y ya esta disponible en intranet para todo facultativos interesado en su realización. Se han realizado sesiones formativas para la implantación del protocolo también dentro de las fechas estipuladas. Se han detectado varios episodios de reacciones adversas, uno de ellos no descrito previamente. Se ha aportado información verbal y escrita a todos los pacientes a los que se ha realizado una prueba funcional.

7. OBSERVACIONES.

Como proyecto a largo plazo vamos a continuar recogiendo los datos sobre efectos secundarios a largo plazo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/945 ===== ***

Nº de registro: 0945

Título
ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS

Autores:
MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, BLASCO GONZALEZ MARIA ELENA, MENA GIMENO VIRGINIA, OLIVAR ORTEGA LORENA, LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION, SAMITIER PUY MARIA JOSE, NASARRE GER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0945

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La mayoría de las determinaciones hormonales en endocrinología presentan peculiaridades derivadas de su composición, de su patrón de secreción, de la interferencia que sobre éste tienen en otras patologías, mientras que otras son atribuibles a la diversidad de metodologías utilizadas para su determinación y que comportan en muchos casos una gran disparidad en los valores de referencia para una misma hormona. Todo ello junto con la posibilidad de valorar algunos elementos de los ejes hormonales, ha hecho que durante mucho tiempo los endocrinólogos tuvieran que recurrir a la realización de pruebas dinámicas para explorar la causa de una patología determinada. En la actualidad el número y la diversidad de estas pruebas ha disminuido por varias razones: mejora de los métodos de medición, acortamiento del tiempo de respuesta de los resultados, implementación de nuevas pruebas de imagen que han facilitado la localización del origen de la patología, puesta a punto de nuevas herramientas diagnósticas. Sin embargo algunas de estas pruebas siguen siendo imprescindibles para el diagnóstico y seguimiento de algunas patologías y en este sentido se ha decidido hacer una puesta al día de las más utilizadas, con el fin de facilitar un protocolo, su interpretación e inconvenientes y contraindicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaboración y actualización de los protocolos de pruebas funcionales en endocrinología.
- Aumentar la seguridad y disminuir riesgo de complicaciones y efectos secundarios en pruebas funcionales endocrinológicas.
- Optimizar el uso de las pruebas funcionales.
- Mejorar la información al paciente sobre la prueba funcional que se va a realizar.

MÉTODO

Actualización y selección de pruebas funcionales que requieren su realización en la consulta diaria de endocrinología
Definición de indicaciones clave de las pruebas.
Elaboración de protocolo de cada una de las pruebas funcionales endocrinológicas.
Elaboración de consentimiento informado de nuevas pruebas funcionales.
Realización de reuniones informativas para el personal de enfermería del hospital de día donde se van a realizar cada una de las pruebas funcionales.

INDICADORES

- Elaboración y actualización de los protocolos de pruebas funcionales en endocrinología. ESTANDAR : Si
- Elaboración y mejora de los consentimiento informados de cada una de las pruebas funcionales y la información recibida por el pacientes. ESTANDAR: SI
- % De pacientes informados sobre la prueba funcional que se va a realizar: ESTANDAR > 80%
- Número de profesionales formados y conocedores del protocolo/ total de profesionales por unidad : ESTANDAR > 80%
- Registro de reacciones adversas. ESTANDAR: SI

DURACIÓN

- Realización de protocolos de pruebas funcionales endocrinológicas que se adjuntan en anexo 1: mes de marzo 2018-Septiembre 2018.
- Realización de reuniones informativas a personal sanitario de Hospital de día durante mes de Septiembre 2018.
- Implantación y puesta en marcha de nuevos protocolos a partir de septiembre-Octubre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0945

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1329

1. TÍTULO

ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO-2018

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE FIDELA SOFIA MORA ALINS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LANAU SAZATORNIL PILAR
FERNANDEZ GIL MARIA
SOPENA PUYUELO ROSA
LOPEZ REYES ELISA
BUETAS CARRUESCO PAZ
LAFUENTE MONZO BELEN
DIAZ PEREZ JOSEFA DE LOS REYES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ENERO. Se realiza una reunión de equipo el día 29/01/2018, con las siguientes conclusiones:

- Durante la Actividad Quirúrgica de tardes (Cirugía Local y Derma) el lavado del instrumental lo asume la Central.
- Utilizar Agua destilada para aclarar el material de Oftalmología.
- Solicitar a la dirección que las sustituciones sean con personal que ya conozca el servicio.
- Plan de Formación, se considera primordial llegar a las 15h. de formación que establece el SGC.
- Se acuerda por unanimidad la creación de una rueda para la elección de las vacaciones.

ABRIL. Se realiza también una reunión el día 17/04/2018, conclusiones:

- Conclusiones de la reunión para la Revisión del Sistema de Calidad con la dirección.
- Posibilidad de reducir los tiempos de incubación de las esporas.
- Nos envían un nuevo formato para registrar las incidencias del material prestado de Trauma.
- Realizar cursos de formación para el personal.
- Se hizo un póster informativo que se expuso en las Jornadas de Calidad para comentar las mejoras conseguidas.

SEPTIEMBRE. Se realiza también una reunión el día 24/09/2018, conclusiones:

- Se va a proceder al cambio del sistema informático de trazabilidad a finales de Septiembre.
- Se comenta que la actividad quirúrgica de tardes comenzará el 01/10/18.
- NOVIEMBRE. Se realiza también una reunión el día 30/11/2018:

NOVIEMBRE. Se realiza también una reunión el día 30/11/2018, conclusiones:

- Se realiza una revisión del Informe de Auditoría Interna Octubre 2018.
- Cambio de coordinación de la enfermera de la central.
- El 3 de Diciembre se intentará poner en funcionamiento el programa de lavado.
- Comentamos problemas con las etiquetas que pegamos en las cajas, intentamos buscar nuevas soluciones.
- Se decide la importancia de conseguir una chapa indentificativa para los cestillos de la lavadora termodesinfectadora.

ABRIL. El día 24/04/18, la enfermera del Servicio se reúne con la Dirección del Centro y Supervisores.

- Expone:
- Los Objetivos de Calidad relacionados con los procesos.
 - Se han cumplido los objetivos que se esperaban.
 - Respecto a las encuestas deberían implicarse más los supervisores.
 - Se ha realizado y distribuido un poster por todos los servicios.
 - Incidencias y no conformidades detectadas en las Auditorías Internas y Externas.
 - Hemos asumido la limpieza del Fibroscopio de UCI una vez por semana y el Fibroscopio de Neumología, siempre que no lo puedan asumir en el servicio de Endoscopias.

Los días 05/11/2018 y 03/12/2018, la Enfermera de la Central se reúne con el Servicio de Quirófano.

- Expone:
- Con el nuevo programa de trazabilidad, las etiquetas salen de las autoclaves de vapor con la tinta un poco borrosa, iremos cambiando la ubicación hasta conseguir que salgan bien.
 - La Auditoría Interna que se realizó el día 30 de noviembre salió muy bien, aunque estamos a la espera del informe.
 - Comenta el personal de Quirófano que el envoltorio de tyvek el tamaño grande sale defectuoso.
 - El material que nos envían usado de Quirófano tiene que subir desmontado y abierto, revisar sobre todo las puntas de bisturí.
 - Mayor comunicación con el Servicio de Quirófano, y así poder optimizar recursos (lavavajillas, esterilizadores).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha conseguido instalar el nuevo programa TRAZINS, para el registro informático del control de carga y descarga en la esterilización y el programa del lavado.
- Se inicia la colocación de placas con código de barras para las cajas, así será más rápida la identificación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1329

1. TÍTULO

ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO-2018

- Adquisición de chapas para la identificación del instrumental en el lavavajillas
- Todo el personal fijo y contratado de la Central ha cumplido el objetivo de 15 horas.
- Contratación de una TCAE para la actividad quirúrgica de tardes.
- Adquisición de dos incubadoras para controles biológicos.
- Se han acortado los tiempos de la lavadora termodesinfectadora en 10 minutos.
- Se ha implicado la dirección en la rotación del personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este momento se dispone de un protocolo de Manual de Acogida donde se explica la distribución de la Central de Esterilización y las tareas a realizar en las distintas zonas.

Durante la realización el protocolo se han conseguido los objetivos planteados, el 100% del personal nuevo ha recibido el manual de acogida con una buena implicación y el proyecto esta finalizado

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1329 ===== ***

Nº de registro: 1329

Título
ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO-2018

Autores:
MORA ALINS FIDELA SOFIA, LANAU SAZATORNIL PILAR, FERNANDEZ GIL MARIA, SOPENA PUYUELO ROSA, LOPEZ REYES ELISA, BUETAS CARRUESCO PAZ, LAFUENTE MONZO BELEN, DIAZ PEREZ JOSEFA DE LOS REYES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No patologia, contrato programa.
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Central de Esterilización es un servicio muy específico, en el que se precisa de personal adiestrado para mantener la calidad y seguridad en el trabajo, situación que nos exige además la norma ISO-9001. Por este motivo pensamos que es necesario la creación de un Manual de Acogida para el personal de nueva incorporación, en el que se detalle la distribución de las tareas de los diferentes procesos que se llevan a cabo en el servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad del trabajo realizado
Disminuir la rotación del personal inexperto en el servicio.
Utilizar los recursos de forma eficiente.
Garantizar la seguridad del paciente.
Disminuir la variabilidad en el trabajo.
Mantener la Certificación ISO.

MÉTODO

Elaboración del Manual de Acogida
Elaborar un cronograma de tareas.
Elaboración de guías de Actuación de todos los procesos realizados.
Sesiones formativas para el personal
Diseño encuesta de satisfacción.
Análisis de resultados y puesta en marcha de acciones de mejora.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1329

1. TÍTULO

ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO-2018

INDICADORES

Elaboración de Manual SI/NO
Elaboración de Guías SI/NO un cronograma de tareas
Nº personal nuevo en la Central
Nº de personas formadas/ Nº de total incorporadas
Indice satisfaccion del personal nuevo.

DURACIÓN

Documento elaborado y colgado en la intranet. Oct 18
Sesiones formativas. Oct-18 a Enero-19
Satisfacción de los profesionales mediante encuesta. Febrero 18

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1078

1. TÍTULO

PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ELISA MARIA SAHUN GARCIA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUERA AGRAZ JAIME
GASTON AÑANOS JUAN FRANCISCO
GOMEZ RIVAS PAULA
BUSTOS MORELL CRISTINA
FLORIAN GERICO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha llevado a cabo el diseño del Portal de Información Farmacoterapéutica, se ha desarrollado su programación web con el Departamento de Informática del Hospital, y se ha integrado en la Intranet del Sector Barbastro, de forma que sea accesible para todos los profesionales a través del enlace "FARMACIA BARBASTRO". En el diseño se ha optado por una estructura de iconos, la cual posibilita una interface más visual y amigable para el usuario, y por otra parte permite realizar actualizaciones del contenido manteniendo el aspecto externo. Una vez decidido el formato, el grupo de trabajo consensuó los contenidos del Portal, y llevó a cabo la recopilación y organización de los documentos, así como los enlaces a los recursos farmacoterapéuticos más relevantes en la práctica clínica habitual.

El 25 de Octubre de 2018 se presentó a la Comisión del Sector Barbastro para El Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios, de la que forman parte profesionales de distintos Servicios, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada.

Se han aprovechado las sesiones formativas relativas a la implantación de la Prescripción Electrónica que se han realizado a los distintos profesionales del área de Medicina Interna, tanto médicos como de enfermería, para dar a conocer "in situ" el Portal y su contenido:

- Documentos internos del Hospital: Guía Farmacoterapéutica, Guía de Administración de Medicamentos por vía Parenteral, Guía de Antídotos, Guía de Administración de Medicamentos por Sonda, vademecum de nutrición e impresos de solicitud de nutrición artificial; enlace al petitorio para reposición de Botiquines de planta.
- Documentos del Servicio Aragonés de Salud: acceso a Farmasalud, recomendaciones del uso de fármacos, Impreso para el Consentimiento informado, Protocolos de Intercambio Terapéutico.
- Acceso a la página del Ministerio de Sanidad: CIMA, alertas, desabastecimientos, Sistema Español de Farmacovigilancia y tarjeta amarilla.
- Otras informaciones útiles, como acceso al BOT-Plus.
- Manuales de prescripción y administración de Pressalud®

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha facilitado enormemente el acceso a la información relacionada con la farmacoterapia, tanto científica como administrativa.
- Se ha optimizado el uso de los recursos informáticos, disminuyendo el tiempo invertido en acceso a los mismos, y se ahorra en impresión de documentos, disponibles on-line.
- Se ha establecido un sistema ágil de difusión de la nueva información que pueda resultar de interés, como los Manuales para la Prescripción y Administración en la Prescripción Electrónica (Pressalud®) recientemente implantada en el Hospital de Barbastro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Portal ha tenido una muy buena acogida por parte de los profesionales sanitarios. La información que contiene está actualizada, permitiendo disponer de las últimas versiones de los documentos. El Portal está abierto a las nuevas necesidades que puedan surgir, así como a las sugerencias de los usuarios. En este sentido, el 12 de diciembre de 2018 se añadió el acceso a Pediamecum y a e-lactancia atendiendo la solicitud del Servicio de Pediatría. La mayoría de las consultas las resuelve el propio solicitante, tutorizado por el farmacéutico. De forma progresiva, y a medida que avance la implantación de la Prescripción electrónica, se irán realizando sesiones difundiendo el contenido por el resto de áreas. Queda pendiente la introducción de un acceso a los acuerdos alcanzados en la Comisión del Sector Barbastro para el Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios, y más adelante, para el resto de Comisiones del Hospital. Por el momento no se ha podido implementar técnicamente un contador que nos proporcione el número de visitas a la plataforma.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1078

1. TÍTULO

PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1078 ===== ***

Nº de registro: 1078

Título
PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
SAHUN GARCIA ELISA MARIA, BUERA AGRAZ JAIME, GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO, GOMEZ RIVAS PAULA, BUSTOS MORELL CRISTINA, FLORIAN GERICO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto se enmarca en la participación del Hospital de Barbastro en la filosofía de la Red de Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios de Aragón, y en particular en las funciones de la Comisión de Información y Actualización en Farmacoterapia de Aragón:
- Proporcionar y difundir información de forma ágil, periódica y actualizada, basada en la evidencia científica, sobre el uso racional del medicamento y de los productos sanitarios al conjunto de profesionales y estructuras de la Red.
- Colaborar en el diseño y mantenimiento de las bases de datos que soportan las herramientas de ayuda a la prescripción en los sistemas corporativos de prescripción electrónica asistida del Servicio Aragonés de Salud. Los constantes cambios y actualizaciones en la información de que debe disponer un profesional sanitario en su trabajo habitual hacen necesario un sistema ágil de acceso a la misma.
Desde el Servicio de Farmacia se detecta dificultad a la hora de buscar información cotidiana sobre fármacos disponibles, forma de administración, dosificación en poblaciones especiales, compatibilidad, dispensación extrahospitalaria, si ésta es con o sin visado, normativa al respecto, acceso a formularios, desabastecimientos y alertas.
Asimismo, cuando un paciente acude al Servicio de Urgencias, el médico que lo atiende precisa disponer de la Guía Farmacoterapéutica del Hospital a mano para poder conciliar la medicación ambulatoria con la disponible en el Hospital.
Esta problemática también se ha suscitado en la Comisión del Sector de Barbastro para el Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios. Además, una de las funciones de esta comisión es difundir todos los acuerdos y actuaciones que sobre el Uso Racional del Medicamento se establezcan en el Sector, así como las decisiones y acuerdos que se adopten en la Comisión para el Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios de Aragón, y en la actualidad no se dispone de un cauce organizado para llevar a cabo dicha difusión.

RESULTADOS ESPERADOS
- Facilitar el acceso a la información relacionada con la farmacoterapia, tanto científica como administrativa.
- Optimizar los recursos informáticos, disminuyendo el tiempo invertido en acceso a los mismos.
- Establecer un sistema ágil de difusión de la nueva información que pueda resultar de interés.
- Difundir las respuestas a las consultas más destacadas recibidas a través del Centro de Información del Medicamento (CIM) del Servicio de Farmacia.

MÉTODO
• Elaboración de una plataforma unificada de acceso a la información farmacoterapéutica. Para ello será necesario:
- Recopilar y organizar todos los documentos y accesos relacionados con la farmacoterapia.
- Establecer coordinación y trabajo conjunto entre el Departamento de Informática y el Servicio de Farmacia: que la información esté disponible desde Intranet Sector Barbastro.
- Proceso dinámico: Se procederá a renovar los documentos y adjuntar nuevos a medida que sea necesario, de forma que todos los profesionales accedan a la información actualizada.
• Difundir toda la información entre los profesionales sanitarios mediante talleres o sesiones informativas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1078

1. TÍTULO

PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

INDICADORES

Elaboración de la plataforma SI/NO

Nº documentos insertados en la plataforma / Nº documentos actualmente dispersos

Nº Talleres/Sesiones de difusión con los distintos servicios

Nº de visitas a la plataforma

DURACIÓN

- Segundo trimestre: Recopilación y organización de los documentos y accesos. Elaboración de la plataforma.
- Tercer trimestre: Difusión de la información.
- Cuarto trimestre: Evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1081

1. TÍTULO

APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE JUAN FRANCISCO GASTON AÑÑOS
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAHUN GARCIA ELISA MARIA
GOMEZ RIVAS PAULA
BUSTOS MORELL CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 25 de Septiembre de 2018 se procedió a la apertura de una consulta de Atención Farmacéutica Especializada en el Centro Sanitario Bajo Cinca de Fraga, con el reto logístico de haber utilizado para ello únicamente los recursos disponibles del SALUD, con la excepción de la adquisición de un frigorífico adicional.

Para ello, desde el Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro se ha creado una agenda de pacientes crónicos con domicilio en los municipios de Fraga, Torrente de Cinca, Mequinenza, Candanos, Ballobar, Ontiñena, Chalamera, Belver de Cinca, Osso de Cinca, Zaidín y Velilla de Cinca.

Los pacientes han sido entrevistados en visitas previas, habiendo mostrado la gran mayoría su aceptación a ser incluidos en la agenda, pues era una aspiración que venían manifestando en distintos foros. Sólo 4 pacientes han preferido seguir acudiendo a Farmacia de Barbastro, decisión que se ha respetado.

No se han incluido aquellos pacientes cuya dispensación está ligada a la consulta con el especialista, tales como pacientes onco-hematológicos e inicios de tratamiento, que son atendidos en nuestra consulta habitual del Hospital de Barbastro.

Los medicamentos proceden del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro, desde donde se programa el suministro, que se envía por valija el día previo a la Consulta, y se conserva convenientemente 24 horas. Con una frecuencia mensual, se desplaza un Farmacéutico del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro hasta el Centro Sanitario Bajo Cinca y atiende la Consulta de Pacientes externos, realizando las siguientes actividades: Atención Farmacéutica, Dispensación de medicamentos de Uso Hospitalario, de Diagnóstico Hospitalario sin cupón precinto y/o en Situaciones Especiales (en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica, usos compasivos, usos expandidos y/o medicamentos extranjeros).

De esta forma se palió la ausencia de un Servicio de Farmacia en el Centro Sanitario Bajo Cinca, que únicamente cuenta con un Depósito de medicamentos, desde el cual y sin la intermediación de un Servicio de Farmacia y Personal Especialista no podría realizarse dicha Atención Farmacéutica, tal y como indica la legislación vigente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha acercado la Atención Farmacéutica Especializada, incluyendo la dispensación de sus medicamentos, a un colectivo de usuarios de la Sanidad de tipo crónico, evitando así su desplazamiento hasta Barbastro desde su lugar de residencia.

Se ha mejorado la satisfacción del usuario, en este caso el paciente, puesta de manifiesto tanto en la aceptación como en la propia consulta.

Los pacientes se benefician de una Atención Sanitaria Integral, puesto que además de recibir sus medicamentos, la dispensación se ve complementada con una entrevista clínica por parte de un farmacéutico especialista:

- Información sobre su patología y su tratamiento. Educación sanitaria sobre la forma de administración, la importancia del tratamiento o las posibles reacciones adversas.
- Conciliación de los nuevos medicamentos con su tratamiento habitual, incluidos los medicamentos sin receta o plantas medicinales. Detección de interacciones antes del inicio del tratamiento y recomendaciones sobre el mejor régimen posológico.
- Resolución de las dudas farmacoterapéuticas.
- Detección de efectos adversos y valoración de su gravedad.
- Comprobación de la adecuación del tratamiento acorde con los parámetros analíticos.
- Coordinación con los profesionales médicos, para valoración y seguimiento de incidencias que pueden surgir.
- Promoción y seguimiento de la adherencia al tratamiento para conseguir los mejores resultados en salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La población de las Zonas Básicas de Salud próximas al Centro Sanitario Bajo Cinca ha recibido con satisfacción esta mejora de la Calidad Asistencial, que viene a ampliar la cartera de servicios ofertados por el SALUD desde el centro.

Para la obtención de los indicadores se han extraído los datos del Programa de Dispensación de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro (programa Farmatools).

Los indicadores de la actividad realizada entre Septiembre y Diciembre de 2018

- N° de pacientes atendidos: 61.
- N° de consultas atendidas: 106.
- N° de dispensaciones realizadas: 248.
- N° de unidades de fármaco dispensadas: 9.170.
- Importe: 187.480 €.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1081

1. TÍTULO

APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Con la planificación llevada a cabo y el volumen de actividad actual, se ha fijado como suficiente una consulta al mes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1081 ===== ***

Nº de registro: 1081

Título
APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Autores:
GASTON AÑÑOS JUAN FRANCISCO, SAHUN GARCIA ELISA MARIA, GOMEZ RIVAS PAULA, BUSTOS MORELL CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Sector Barbastro se caracteriza por la alta dispersión de la población atendida. Una proporción considerable de los pacientes del Sector precisan tratamientos con medicamentos de Uso Hospitalario, de Diagnóstico hospitalario sin cupón precinto y/o en Situaciones Especiales (en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica, usos compasivos, usos expandidos y/o medicamentos extranjeros). Este tipo de medicamentos, en general, de elevado impacto económico, de alta complejidad, y con necesidad de seguimiento especializado, solamente pueden ser dispensados en el Servicio de Farmacia del Hospital, según la legislación vigente.
Los pacientes por tanto deben desplazarse al Hospital para recoger sus medicamentos y recibir una atención especializada.

En Fraga cuentan con el Centro Sanitario Bajo Cinca, pero carece de las condiciones materiales y de personal requerido para el establecimiento de un Servicio de Farmacia, por lo cual dispone de un Depósito de Medicamentos, entre cuyas funciones no se encuentra legalmente contemplada la dispensación a pacientes externos.
Recientemente, dicho Depósito de Medicamentos ha pasado a depender del Servicio de Farmacia de Barbastro, donde se viene atendiendo históricamente a un relevante número de pacientes de la Comarca del Bajo Cinca, muchos de los cuales de carácter crónico.
Se pretende mejorar la satisfacción del usuario, en este caso el paciente, al acercar la Atención Farmacéutica Especializada, incluyendo la dispensación de sus medicamentos, a su lugar de residencia y evitar el actual y necesario desplazamiento hasta Barbastro.

RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar el acceso a los pacientes de la Comarca del Bajo Cinca a la Atención Farmacéutica Especializada utilizando los recursos del SALUD, en este caso las instalaciones del Centro Sanitario Bajo Cinca y el personal del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro.

Mediante la apertura de una Consulta de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos en Fraga, atendida por personal farmacéutico especialista, extensión legal del Servicio de Farmacia de Barbastro, se atendería a los pacientes externos de la zona de Fraga ya en tratamiento, así como a los que lo inicien en adelante. Se comenzaría con 2 consultas mensuales, y se evaluará posteriormente si esta frecuencia se adapta a las necesidades de los pacientes. Los pacientes se beneficiarían de una Atención Sanitaria Integral, puesto que además de recibir sus medicamentos, la dispensación se vería complementada con una entrevista clínica por parte de un farmacéutico especialista en la que se realizaría:

- Información sobre su patología y su tratamiento. Educación sanitaria sobre la forma de administración, la importancia del tratamiento o las posibles reacciones adversas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1081

1. TÍTULO

APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

- Conciliación de los nuevos medicamentos con su tratamiento habitual, incluidos los medicamentos sin receta o plantas medicinales. Detección de interacciones antes del inicio del tratamiento y recomendaciones sobre el mejor régimen posológico.
- Resolución de las dudas farmacoterapéuticas.
- Detección de efectos adversos y valoración de su gravedad.
- Comprobación de la adecuación del tratamiento acorde con los parámetros analíticos.
- Coordinación con los profesionales médicos, para valoración y seguimiento de incidencias que pueden surgir.
- Promoción y seguimiento de la adherencia al tratamiento para conseguir los mejores resultados en salud.

MÉTODO

Apertura de una consulta de Atención Farmacéutica Especializada en el Centro Sanitario Bajo Cinca. Dispensación de medicamentos de Uso Hospitalario, de Diagnóstico hospitalario sin cupón precinto y/o en Situaciones Especiales (en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica, usos compasivos, usos expandidos y/o medicamentos extranjeros), en el Centro Sanitario Bajo Cinca a los pacientes que por proximidad a su domicilio decidan ser atendidos allí, por personal Farmacéutico Especialista del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro, tal como indica la legislación vigente. Coordinación con Admisión, para la gestión de una agenda de citas en la consulta.

Adecuación de las instalaciones y organización del aparato logístico para poder llevarlo a cabo.

Difusión de la información entre los pacientes y profesionales sanitarios

INDICADORES

Nº consultas/año.

Nº dispensaciones/año.

Nº pacientes atendidos/año.

Encuesta de satisfacción de usuarios.

DURACIÓN

- Segundo trimestre: Implantación de la consulta
- Tercer trimestre: Difusión de la información
- Cuarto trimestre: Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0808

1. TÍTULO

VALORACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE IGNACIO FERRANDO LACARTE

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 se han registrado todas las solicitudes de valoración de pacientes solicitadas a la unidad de Geriatria / Cuidados paliativos. Se ha trabajado para unificar informes con enfermería y trabajo social, y mejorar el modo de derivación a cuidados paliativos domiciliarios o atención primaria. En los primeros meses de 2019 hemos evaluado los datos para darles difusión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se recogen 120 pacientes valorados en la ud de cuidados paliativos durante el año 2018. Edad media 86.72 años. Sexo predominantemente femenino (55%). Los pacientes cuyo servicio de procedencia consta geriatría han sido asignados desde el servicio de urgencias y trasladados desde medicina interna en el momento de su ingreso. El resto han sido valorados mediante colaboración solicitada por los servicios de procedencia. Servicio de geriatría 83 pacientes (69.2%), medicina interna 15 pacientes (12.5%), nefrología 5 pacientes (4.2%), oncología y urología 4 pacientes (3.3% respectivamente), neurología 3 pacientes (2.5%), hematología y unidad del crónico complejo 2 pacientes (1.7% respectivamente), y cirugía general y ORL 1 paciente (0.8%). Divididos de forma general entre oncológicos y no oncológicos, los oncológicos suponen el 40.8%. Los diagnósticos de inclusión en cuidados paliativos más frecuente fueron accidente cerebrovascular y enfermedad renal crónica avanzada con 10 pacientes cada uno (8.3% respectivamente), seguidos de demencia en fase avanzada gds-7, neoplasia de colon y neumonía con 8 pacientes (6.7% respectivamente). Otros diagnósticos frecuentes fueron insuficiencia cardíaca congestiva, neoplasia cerebral, sepsis.

De todos los pacientes valorados el 18.3% (n=22) eran pacientes con diagnóstico previo al ingreso de carácter paliativo. Solo el 5.8% recibían atención paliativa domiciliaria (ESAD n=7). Durante el episodio que motivó su valoración por cuidados paliativos fallecieron el 67.5% (N=81). El 21.7% fue dado de alta a domicilio y el 8.3% a residencia. El 2.5% precisaron traslado a centro sociosanitario. De los pacientes dados de alta, 30 de ellos se remitieron a ESAD, 5 a atención primaria y 1 a la unidad de continuidad asistencial. 7 de ellos precisaron colocación de vía subcutánea para manejo domiciliario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos el trabajo como muy positivo de cara a conocer el perfil de paciente que atendemos así como para difundir los resultados y ser más visibles para otros servicios, afianzándonos como referencia del centro para valorar y tratar a los pacientes en esta fase de la enfermedad con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida en esta última fase y atender las necesidades especiales de este colectivo de pacientes en la fase final de su vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/808 ===== ***

Nº de registro: 0808

Título
VALORACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
FERRANDO LACARTE IGNACIO, GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías en fase final de enfermedad
Línea Estratégica ..: Otras
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos, Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0808

1. TÍTULO

VALORACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde la unidad tratamos de mejorar las prácticas en cuidados paliativos y ser referencia tanto en el hospital como en el medio extrahospitalario de la atención a estos pacientes. Se trata de una necesidad creciente por la longevidad y elevada carga de morbilidad en nuestro medio.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es registrar los pacientes valorados, evaluar la asistencia prestada y el seguimiento al alta desde primaria y ESAD, así como el adecuado registro de cara a futuras intervenciones.

MÉTODO

Fomentar el conocimiento de la unidad mediante la comisión hospitalaria de cuidados paliativos. Detección de pacientes. Elaboración de informe de soporte de cuidados al alta.

INDICADORES

Registro de pacientes subsidiarios de cuidados paliativos, valoración geriátrica integral, soporte social, necesidades al alta, vía subcutánea, valoración por ESAD, reingreso, fallecimiento

DURACIÓN

Registro del año 2018 completo. Primer trimestre de 2019 evaluación de resultados. Difusión de los mismos en comisión hospitalaria de cuidados paliativos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1316

1. TÍTULO

DETECCION DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE IGNACIO FERRANDO LACARTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRANDE MANJON MARIA JOSE
GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el periodo de actividad se ha llevado a cabo planificación, organización y protocolización del manejo de la detección de fragilidad en consulta externa de geriatría, tras revisión bibliográfica exhaustiva. Se planifica estudio piloto para la detección de fragilidad en consulta externa para los meses de abril a junio de 2018, recogiendo los pacientes valorados en la consulta externa de uno de los facultativos del servicio, realizando valoración geriátrica integral y entrevista clínica orientada a deterioro funcional y caídas en caso que los test de screening nos pongan en alerta de sospecha de fragilidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
115 pacientes incluidos. 45 con un índice de Barthel superior a 90 puntos. 40 sujetos cumplen criterios de fragilidad mediante cuestionario FRAIL. Edad media 87.58 años (DE 4.044). 45% mujeres. Media Índice Charlson 5.55 (DE 1.395). Media Lawton y Brody 3.03 (DE 3.293). 65% viven en entorno urbano. 25% presentan deterioro cognitivo, y 42.5% déficit sensorial. El 22.5% había presentado al menos un caída en el último año, 17.5% dos o más, trastornos de la marcha en el 7.5%. Soporte social/familiar adecuado en el 97.5% de los casos. Consumo de fármacos con riesgo potencial de caídas en el 42.5%. Media de número de fármacos 8.23 (DE 4.365). Ingresos hospitalario en el último año en el 27.3%, visitas a urgencias el 45%. Cumplían criterios de paciente pluripatológico el 27.5%. En nuestro estudio la prevalencia de fragilidad fue del 34%, superior a la observada en otros estudios. Edad media elevada, sexo predominantemente masculino, dato que también contrasta con otros estudios donde la tendencia es inversa. Tamaño muestral reducido lo cual supone la principal limitación del estudio. Comorbilidad elevada. Dependencia severa para actividades instrumentadas, dato de riesgo de pérdida de autonomía. Ausencia de institucionalización, a pesar de que la presencia de fragilidad aumenta el riesgo. Presencia de deterioro cognitivo, déficits sensoriales, trastornos de la marcha en menor medida, y fármacos que aumentan riesgo de caídas, en número ligeramente inferior a otros estudios. Buen soporte sociofamiliar en la muestra estudiada, lo cual contrasta con lo objetivado en conjunto en la práctica clínica diaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Importancia de la detección precoz de fragilidad para prevenir discapacidad y complicación médicas. Generalizar el cribado en distintos niveles asistenciales y realizar intervención sobre la misma dada la potencial reversibilidad.
Dado que el cribado de fragilidad se realiza de forma sencilla, rápida y con escasa necesidad de recursos podría extrapolarse a otros niveles asistenciales, tanto a nivel hospitalaria como de atención primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1316 ===== ***

Nº de registro: 1316

Título
DETECCION DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA (CONTINUACION)

Autores:
GRANDE MANJON MARIA JOSE, FERRANDO LACARTE IGNACIO, GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención paciente geriátrico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1316

1. TÍTULO

DETECCION DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El sd. fragilidad identifica a pacientes con riesgo de dependencia funcional. Se trata de pacientes que presentan una o varias enfermedades crónicas estables, autónomos para actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) y autónomos o con algún tipo de dependencia funcional para actividades instrumentadas de la vida diaria (Índice Lawton y Brody).
Presentan un riesgo elevado de caídas y dependencia funcional.
Valoración mediante criterios clínicos, sociales, funcionales, detección de riesgo de caídas, desnutrición, polifarmacia, deterioro cognitivo, trastorno afectivo asociado.
Una vez identificados, se realiza plan de actuación mediante recomendaciones nutricionales, disminución de riesgo de caídas, polifarmacia y revisión de psicofármacos, ejercicio físico multicomponente (aeróbico, flexibilidad, fortalecimiento muscular, estabilidad).
Con este proyecto se pretende mejorar la actuación sobre este tipo de pacientes y de este modo mantener el mayor grado de autonomía y calidad de vida el mayor tiempo posible.

RESULTADOS ESPERADOS

Detección de pacientes que acuden a la consulta externa de geriatría y cumplen criterios de sd. fragilidad
Registro de los mismo y descripción de datos sociodemográficos y clínicos

MÉTODO

Identificar riesgo social - domicilio
o Valoración funcional para detectar riesgo o dependencia funcional mediante Índice de Barthel e Índice de Lawton y Brody.
o Valoración cognitiva/afectiva: Test Pfeiffer/MEC/escala depresión Yesavage.
- Realización analítica de sangre con parámetros nutricionales, función renal, hepática, metabolismo del hierro, vitamina B12, ácido fólico, vitamina Definitivo, PTH, hemograma.
- Criterios clínicos (Fried)
- Valoración riesgo de caídas y test de ejecución.
- Material: Test citados previamente, analítica de sangre.
- Prescripción: ejercicio físico multicomponente, suplementación nutricional si está indicada, recomendaciones para minimizar riesgo de caídas, ajuste de psicofármacos.

INDICADORES

Número de pacientes detectados que cumplan criterios de sd. fragilidad.
- Valoración funcional en la primera consulta externa y controles sucesivos.
- Identificar número de visitas a urgencias u hospitalizaciones, así como institucionalización.
- Valorar polifarmacia.

DURACIÓN

Tras la experiencia de detección en 2017 recogida de pacientes susceptibles en consulta externa que cumplan criterios de sd. fragilidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0222

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE PEDRO PAUL VIDALLER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PERELLA ARNAL MATILDE INES
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY
YUS CEBRIAN MARIA FLOR
CORED NASARRE ROSA MARIA
MOLES ALASTRUE JOSEFA
MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR
ESTEVE MORLAN MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han revisado las últimas guías y recomendaciones internacionales acerca de las extracciones y procedimientos dentarios menores en pacientes anticoagulados, objetivándose que, tal y como se planteaba en nuestro proyecto, no es necesaria la suspensión del tratamiento anticoagulante en este grupo de pacientes. Es suficiente con la verificación del INR (en rango terapéutico o inferior), una correcta hemostasia local y enjuagues con Amchafibrin. Se ha creado una hoja con un formato "modelo", del mismo modo que ya existe una para los pacientes en que sí hay que suspender los AVK, para entregar al paciente o enviar al Centro de Salud en los pacientes que precisan extracción dental única o procedimientos dentarios menores. Dicha hoja se viene empleando de manera habitual desde, al menos, febrero de 2018, sin haberse constatado complicaciones hemorrágicas relevantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- En el año 2018 (y los 2 primeros meses de 2019) se han utilizado las pautas para extracciones y procedimientos dentarios menores en, aproximadamente, unos 40 - 50 pacientes; sin tener constancia de que se haya producido ningún episodio hemorrágico relevante.
- En más del 90% de los pacientes que precisaban pauta para procedimiento dentario menor, se ha utilizado la pauta creada a tal efecto.
- Se ha constatado que, cada vez con mayor frecuencia, son los propios odontólogos los que, a tenor de las recomendaciones actuales, ya ni siquiera solicitan pauta a nuestro servicio, requiriendo únicamente un control de INR inferior a 3 o 3,5 el día del procedimiento (lo cual constituye una actitud óptima).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La utilización de una hoja de recomendaciones para pacientes anticoagulados que requieren extracción dental única o procedimientos dentarios menores se lleva a cabo de manera habitual (>90% de los casos), de manera práctica, eficaz y segura.
- No se han objetivado complicaciones hemorrágicas relevantes.
- Se ha disminuido notablemente el potencial riesgo trombótico de la suspensión de Sintrom en este subgrupo de pacientes.
- Se ha producido un importante ahorro económico al evitar la utilización de heparinas de bajo peso molecular.
- A pesar de no haberse contactado de manera oficial con el Colegio de Odontólogos, se ha constatado que los odontólogos de nuestro sector sanitario se ciñen habitualmente a las recomendaciones y que, incluso, en los últimos meses no solicitan nuestras indicaciones puesto que ya las llevan a cabo de manera cotidiana, lo cual constituye un manejo óptimo de estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

* No recibimos confirmación de que el proyecto había sido aprobado, lo cual retrasó la implantación del mismo. Habitualmente se recibía un correo electrónico confirmando que el proyecto estaba aprobado.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/222 ===== ***

Nº de registro: 0222

Título
PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0222

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM

PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, PERELLA ARNAL MATILDE INES, ROMERO QUEZADA LORIS LENDY, YUS CEBRIAN MARIA FLOR, CORED NASARRE ROSA MARIA, MOLES ALASTRUE JOSEFA, MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR, ESTEVE MORLAN MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

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

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

PROBLEMA

Los pacientes anticoagulados con Sintrom requieren, con cierta frecuencia, extracciones dentarias o procedimientos dentarios menores. Habitualmente estos pacientes son derivados desde su odontólogo o médico de atención primaria a Hematología para suspender temporalmente el tratamiento anticoagulante oral y realizar terapia puente con heparina de bajo peso molecular. La suspensión del tratamiento anticoagulante oral comporta un aumento del riesgo trombótico, sobre todo en los pacientes de alto riesgo (prótesis mecánicas, trombofilias...). Las guías internacionales actuales recomiendan NO SUSPENDER el tratamiento anticoagulante oral ante procedimientos de bajo riesgo hemorrágico (extracción dentaria única, limpieza bucal, etc...). En el momento actual: el paciente va al dentista, es derivado a Hematología, donde se realiza pauta de suspensión y paso a HBPM, enviándola al Centro de Salud. El paciente debe acudir al centro de salud a recoger la pauta, y posteriormente al Hospital el día de la extracción para control INR. Finalmente se realiza la extracción. Se pretende que el paciente, al acudir al dentista, reciba la pauta y únicamente se realice el control de INR en el centro de salud, 1 o 2 días antes de la extracción.

RESULTADOS ESPERADOS

- Evitar la suspensión temporal del tratamiento anticoagulante oral en pacientes que no lo requieren, disminuyendo de esta manera el riesgo trombótico asociado.
- Aplicar un documento consensuado con el Colegio de Odontólogos de Aragón para el manejo de estos pacientes.
- Disminuir la carga asistencial del Servicio de Hematología, de los Médicos de Atención Primaria y de los propios odontólogos; así como evitar viajes y consultas innecesarias a los pacientes anticoagulados.
- Ahorro económico al evitar la administración de HBPM cuando realmente no se precisa.

MÉTODO

Se pretende elaborar un documento para el manejo de pacientes anticoagulados con Sintrom que precisen procedimientos o extracciones dentarias en nuestro sector sanitario, consensuado con el Colegio de Odontólogos pertinente. Dicho documento debe incluir instrucciones sencillas sobre el procedimiento a seguir (no suspender Sintrom, cuándo realizar control de INR, medidas hemostáticas locales a realizar, precauciones y signos de alarma...), para su aplicación en el día a día por parte de los Odontólogos, sin tener que remitir a los pacientes al Servicio de Hematología o a Atención Primaria.

Una vez realizado el borrador del documento, se debería presentar a los Odontólogos de nuestro sector (breve charla, presentación de diapositivas), de manera que se pudiera establecer una comunicación bilateral para poder solventar dudas y escuchar aportaciones de los mismos. Una vez aprobado el documento final, se remitiría a las Clínicas Odontológicas, Centros de Salud y/o pacientes de cara a su utilización en la práctica habitual. Tras un periodo de aplicación, realizar una encuesta a los Odontólogos valorando el grado de cumplimiento del documento, el grado de satisfacción y las dudas/problemas que hayan surgido durante dicho periodo.

INDICADORES

- Porcentaje de reducción del número de pacientes que acuden a Hematología para obtener pauta de Sintrom ante procedimientos dentales menores ($(n^{\circ} \text{ pacientes año estudio} - n^{\circ} \text{ pacientes año promedio}) / n^{\circ} \text{ pacientes año promedio} \times 100$).
- Número de pacientes que presentan complicaciones en el procedimiento.
- Se realizará un informe con los resultados obtenidos, valorando (además de los indicadores arriba señalados), los resultados de la encuesta realizada a los Odontólogos

DURACIÓN

Duración y calendario

- 2 meses: revisión bibliográfica y elaboración del borrador del documento.
- 2 meses: presentación del borrador a los odontólogos y Colegio de Odontología para consensuarlo y solventar dudas.
- 6 meses: aplicación del documento en la práctica habitual.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0222

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM

- 2 meses: encuesta de satisfacción a Odontólogos y elaboración de un informe con los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0263

1. TÍTULO

CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA FLOR YUS CEBRIAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAUL VIDALLER PEDRO
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY
MARTINEZ LAZARO BEATRIZ
MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR
MOLES ALASTRUE JOSEFA
ESTEVE MORLAN MILAGROS
MAZON GARCIA ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Durante el mes de mayo y junio de 2018 se revisaron las guías existentes de anticoagulación oral, así como el antiguo material suministrado en nuestras consultas, y se elaboró un borrador de "Recomendaciones para pacientes en tratamiento anticoagulante con antagonistas de la vitamina K (AVK)".
- Durante julio-septiembre de 2018, se presentó el borrador a enfermería de Hematología y Hemoterapia para consensuarlo y solventar dudas, y se elaboró la versión definitiva de la "Hoja de Recomendaciones para pacientes en tratamiento anticoagulante con AVK".
- Inicio del programa: A partir del mes de Octubre de 2018, en la primera visita realizada a los pacientes que comenzaban anticoagulación con AVK, el DUE encargado de la sección de Hemostasia, explicaba el tratamiento con AVK, y aportaban la hoja de recomendaciones donde se solventaban las principales dudas sobre el tratamiento que pudiese surgir en su domicilio. También se ofrecía la hoja de información a los pacientes que ya estaban en tratamiento y que mostraban dudas sobre la anticoagulación con AVK.
- A partir de Diciembre de 2018, se comenzó a valorar la utilidad de la hoja de recomendaciones en los pacientes que se encuentran en tratamiento anticoagulante con AVK: se ha efectuado una valoración de la comprensión aportada en las primeras visitas, objetivando un claro beneficio de la utilización de la hoja de recomendaciones. Insistiendo en los puntos de la hoja de recomendaciones: tratamiento concomitante, dosis del tratamiento anticoagulante, dieta, ...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha conseguido que los pacientes presentan una dieta equilibrada, disminuyendo así la labilidad de los niveles de INR.
- Los pacientes han mantenido a los facultativos de Hematología de los cambios en su tratamiento habitual.
- Se observa que los pacientes presentan menos eventos adversos evitables, potencialmente graves, derivados de la desinformación.
- Ha permitido solventar antiguos "mitos" sobre el tratamiento con AVK.
- Los pacientes han presentado una mejoría en la calidad de vida, al disminuir los miedos y preocupaciones en cuanto al tratamiento anticoagulante con AVK.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Mayor satisfacción por parte de los pacientes, al poder solventar dudas en cuanto al tratamiento anticoagulante con AVK.
- Mejora de la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con AVK, al presentar un mejor conocimiento de los eventos adversos derivados de la anticoagulación.
- Mayor compromiso de los pacientes en la cumplimentación del tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/263 ===== ***

Nº de registro: 0263

Título
CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

Autores:
YUS CEBRIAN MARIA FLOR, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, ROMERO QUEZADA LORIS LENDY, PERELLA ARNAL MATILDE INES, MARTINEZ LAZARO BEATRIZ, MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR, MOLES ALASTRUE JOSEFA, ESTEVE MORLAN MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0263

1. TÍTULO

CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes anticoagulados con Anticoagulantes antivitaminas K (AVK) en ocasiones presentan multitud de dudas sobre el tratamiento, que normalmente solventan en la consulta de Hemostasia, pero consideramos que es importante que las principales cuestiones que les puedan surgir las tengan solventadas en una hoja informativa. Creemos que es fundamental que los pacientes anticoagulados con AVK conozcan los siguientes:

- La adecuada toma de AVK y otros fármacos que deben tomar por procesos crónicos o intercurrentes. Los pacientes no deberían suprimir o añadir medicamentos sin el consentimiento de un facultativo.
- Debe ser de máxima importancia que los pacientes anticoagulados con AVK tengan claro que la dosis que deben de tomar es la indicada y solamente esa dosis. Deberían conocer que es peligroso aumentar o reducir la dosis sin instrucciones expresas de un facultativo.
- Los alimentos que pueden tomar. Muchas veces objetivamos que los pacientes evitan tomar verduras u otros alimentos ricos en vitamina K por miedo a que los controles no sean adecuados. No deberán efectuar cambios de importancia en su régimen alimenticio por el hecho de que se encuentren en tratamiento con AVK.
- Los pacientes deberían estar informados de los riesgos de tomar otros antiagregantes y anticoagulantes. También deberían estar atentos ante cualquier pérdida anormal de sangre (por encías, epistaxis incoercible, hematuria, melenas o rectorragia, grandes hematomas en la piel). En caso de apreciar alguno de los anteriores síntomas, debería acudir a su centro de Atención primaria o a Urgencias del hospital.
- En caso de enfermedad, con o sin fiebre, la presencia de diarreas, deberá indicarlo a su médico de atención primaria, o a su Hematólogo.
- No deberían abusar de bebidas alcohólicas si se encuentran en tratamiento con AVK.
- Siempre que sea necesario que sean sometidos a procedimientos invasivos, deberán indicar que se encuentran en tratamiento anticoagulante, de manera que se les realice una pauta para la retirada del fármaco.
- No deberán administrarse inyecciones intramusculares por el riesgo de hematomas musculares, y si fuera preciso debería realizarse subcutáneo profundo.
- Si la paciente tuviera intención o se queda embarazada, debería indicarlo inmediatamente a su médico de Atención Primaria o Hematólogo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los pacientes en tratamiento con AVK, disminuyendo la dependencia hospitalaria de estos pacientes.
- Evitar los riesgos derivados del desconocimiento de un adecuado manejo de AVK, y solventar todas las dudas potenciales en una hoja informativa que el paciente podrá tener en su domicilio.
- Intentar que el paciente no consulte otras fuentes no fidedignas que pueden conducir a riesgos para su salud.

MÉTODO

- En la primera vista realizada a los pacientes que inician anticoagulación, el DUE encargado de la sección de Hemostasia, además de explicar al paciente el tratamiento con AVK, les facilitará una hoja informativa donde puedan solventar las principales dudas que puedan surgirle en su domicilio y en su día a día.
- Elaboración de material didáctico para la formación de los pacientes, que consistirá en la creación de una hoja informativa, que sea de fácil lectura y que sea comprensible por todos los pacientes, sean jóvenes o ancianos, con estudios básicos o universitarios.
- Se realizará un cuestionario de satisfacción a los pacientes del proceso.

INDICADORES

- Porcentaje de reducción del número de pacientes que presentan eventos adversos por la toma de AVK ((nº pacientes año estudio - nº de pacientes año promedio/nº pacientes año promedio) x 100).
- Número de pacientes que presentan complicaciones con el procedimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0263

1. TÍTULO

CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

- Se realizará un informe con los resultados obtenidos, valorando (además de los indicadores anteriores), los resultados de la encuesta de satisfacción.

DURACIÓN

- 1 meses: revisión bibliográfica y elaboración de un borrador sobre el procedimiento.
- 1 mes: presentación del borrador a Enfermería de Hematología y Hemoterapia para consensuarlo y solventar dudas.
- Junio-Agosto de 2018: Inicio del programa.
- Dos meses después del inicio del programa: Realizar un cuestionario de satisfacción en el que se evalúe la utilidad de la Hoja informativa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0349

1. TÍTULO

RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE LORIS LENDY ROMERO QUEZADA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAUL VIDALLER PEDRO
YUS CEBRIAN MARIA FLOR
MARTINEZ LAZARO BEATRIZ
PERELLA ARNAL MATILDE INES
MAIRAL LACOMA BEATRIZ
ROMERO ARPA MILAGROS
OLIVA ARMISEN JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado el pliego de prescripciones técnicas incluyendo la documentación técnica que deben presentar las casas comerciales, el equipamiento necesario para la realización de los hemogramas en el Sector de Barbastro (Hospital de Barbastro y Laboratorio de Fraga), las condiciones que debe cumplir el Servicio técnico y otras cuestiones como controles de calidad y certificado sobre manejo de los residuos generados.
Se han determinado los criterios de valoración acerca de los autoanalizadores, los reactivos y el servicio técnico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han estudiado las características de los autoanalizadores de varias casas comerciales, valorando si cumplían los requisitos indicados en el apartado anterior y son adecuados para las necesidades de nuestro Sector.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como consecuencia de la presión asistencial no se ha podido finalizar el proyecto como teníamos previsto quedando pendiente la publicación de las especificaciones requeridas, la realización del informe técnico y una vez se hayan implantado los nuevos autoanalizadores realizar la formación del personal del Laboratorio.
Se prevé poder finalizar el proyecto durante el año en curso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/349 ===== ***

Nº de registro: 0349

Título
RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, YUS CEBRIAN MARIA FLOR, MARTINEZ LAZARO BEATRIZ, PERELLA ARNAL MATILDE INES, QUINTILLA BARBAJI MARIA JOSE, ROMERO ARPA MILAGROS, OLIVA ARMISEN JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda la patología que precise realización de hemograma
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0349

1. TÍTULO

RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO

Los autoanalizadores de Hematimetría del Hospital de Barbastro se instalaron hace 5 años. Durante el último año han precisado intervención por parte del Servicio Técnico con una frecuencia media de 3 veces al mes. Pese a que el Servicio Técnico acude ante cualquier requerimiento de avería existe el riesgo, como ha ocurrido de modo excepcional, de avería simultánea de los autoanalizadores disponibles. Existen actualmente versiones de autoanalizadores que aportan mayor información sobre patología hematológica y no hematológica.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el equipamiento y los reactivos para realización de los hemogramas de todo el sector de Barbastro. Mejorar la calidad de la información aportada por el autoanalizador para la valoración de anemias, detección de procesos hematológicos y no hematológicos. Reducir el coste económico para la realización de dicha determinación.

MÉTODO

Se elaborará el pliego de especificaciones que deben cumplir las casas comerciales que opten al suministro de los autoanalizadores y reactivos. Publicar las especificaciones requeridas. Estudio de las características técnicas y su adaptación a las necesidades de nuestro Sector. Realización del informe técnico. Realización de cursos de formación de facultativos, técnicos y personal de enfermería del Laboratorio. Implantación de los nuevos autoanalizadores. Conexión al sistema Informático del Laboratorio.

INDICADORES

Porcentaje de reducción del número hemogramas que precisan repetición por errores de lectura. Porcentaje de reducción de incidentes o averías que precisan asistencia técnica. Reducción de costes por hemograma.

DURACIÓN

En el mes de mayo elaboración de las especificaciones técnicas
En junio comprobar las características de los autoanalizadores.
En julio-agosto elaborar un informe técnico con las conclusiones.
En octubre- noviembre implantación de los nuevos autoanalizadores y cursos de formación del personal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0349

1. TÍTULO

RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO (SEGUIMIENTO PROYECTO 2018_0349)

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE LORIS LENDY ROMERO QUEZADA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAUL VIDALLER PEDRO
YUS CEBRIAN MARIA FLOR
PERELLA ARNAL MATILDE INES
MAIRAL LACOMA BEATRIZ
QUINTILLA BARBAJI MARIA JOSE
ROMERO ARPA MILAGROS
OLIVA ARMISEN JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado reuniones conjuntas con la participación de todos los componentes del equipo y los representantes de cada casa comercial interesada. En dichas reuniones se ha valorado las características de los diferentes autoanalizadores existentes analizando:

Las características técnicas de los autoanalizadores y su facilidad de manejo.

Análisis de los parámetros que aporta cada uno de ellos

Valoración del número de reactivos necesarios para las determinaciones

La existencia o no de reglas de validación configurables por el usuario.

La posibilidad de realizar test reflejos automáticos

La seguridad para el manejo de las muestras de sangre.

Se han reevaluado, por parte del equipo, las necesidades del Servicio de Hematología a la vista de las

posibilidades ofertadas y el crecimiento del número de determinaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Basándonos en las actividades indicadas se han modificado las prescripciones técnicas que debe incluir la oferta decidiendo que debe incluir además de lo especificado previamente:

- Un sistema automático para la gestión y clasificación de tubos en la pre y post- analítica. Deberá incluir al menos 3 bandejas de distribución con 3 áreas de distribución por bandeja (9 áreas físicas de distribución).

- Se precisa un proyecto de organización del nuevo equipamiento de modo adecuado para su correcto funcionamiento y ajustado a las instalaciones disponibles.

- En el caso de que sea necesario, para la realización de las pruebas, la adecuación de las instalaciones para su correcto funcionamiento, el adjudicatario deberá hacerse cargo de dicha adecuación.

- Programa de control de calidad internacional para el estudio comparativo interlaboratorios vía Internet, utilizando los resultados de los propios controles diarios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración en equipo, incluyendo personal técnico de laboratorio, diplomados de enfermería y personal facultativo, ha permitido la elaboración de un pliego de especificaciones que se adecua de modo más satisfactorio para conseguir una trazabilidad del trabajo realizado, un flujo de trabajo acordes a los requerimientos y necesidades del laboratorio de Hematología

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/349 ===== ***

Nº de registro: 0349

Título
RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, YUS CEBRIAN MARIA FLOR, MARTINEZ LAZARO BEATRIZ,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0349

1. TÍTULO

RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO (SEGUIMIENTO PROYECTO 2018_0349)

PERELLA ARNAL MATILDE INES, QUINTILLA BARBAJI MARIA JOSE, ROMERO ARPA MILAGROS, OLIVA ARMISEN JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda la patología que precise realización de hemograma
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los autoanalizadores de Hematimetría del Hospital de Barbastro se instalaron hace 5 años. Durante el último año han precisado intervención por parte del Servicio Técnico con una frecuencia media de 3 veces al mes. Pese a que el Servicio Técnico acude ante cualquier requerimiento de avería existe el riesgo, como ha ocurrido de modo excepcional, de avería simultánea de los autoanalizadores disponibles. Existen actualmente versiones de autoanalizadores que aportan mayor información sobre patología hematológica y no hematológica.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el equipamiento y los reactivos para realización de los hemogramas de todo el sector de Barbastro. Mejorar la calidad de la información aportada por el autoanalizador para la valoración de anemias, detección de procesos hematológicos y no hematológicos. Reducir el coste económico para la realización de dicha determinación.

MÉTODO

Se elaborará el pliego de especificaciones que deben cumplir las casas comerciales que opten al suministro de los autoanalizadores y reactivos.
Publicar las especificaciones requeridas.
Estudio de las características técnicas y su adaptación a las necesidades de nuestro Sector.
Realización del informe técnico.
Realización de cursos de formación de facultativos, técnicos y personal de enfermería del Laboratorio.
Implantación de los nuevos autoanalizadores.
Conexión al sistema Informático del Laboratorio.

INDICADORES

Porcentaje de reducción del número hemogramas que precisan repetición por errores de lectura.
Porcentaje de reducción de incidentes o averías que precisan asistencia técnica.
Reducción de costes por hemograma.

DURACIÓN

En el mes de mayo elaboración de las especificaciones técnicas
En junio comprobar las características de los autoanalizadores.
En julio-agosto elaborar un informe técnico con las conclusiones.
En octubre- noviembre implantación de los nuevos autoanalizadores y cursos de formación del personal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0119

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE MONICA ZAMORA ELSON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CENTENO OBANDO JUAN JOSE
LISA LOPEZ VICTORIA
GARCIA CLAU SUSANA
LLANAS RECH MONICA
PLAZA CUELLO ALBA
CALVO SARVISE ASUNCION
FRANCO MONTES MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Protocolo iniciado en el año 2018, con el fin de realizar valoración nutricional a los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se ha procedido a recoger datos (el objetivo es llegar a 150 pacientes), en los que se recogen:

- Datos demográficos: sexo, edad, días de ingreso en UCI, causa de ingreso, peso, talla e IMC, si ha perdido peso en los últimos 3 meses.
- Datos médicos: si precisa VM y días, si precisa soporte vasoactivo y días, si precisa hemodiafiltración y días, si lleva nutrición artificial y de que tipo, si ha sido éxitus o no durante su ingreso en UCI.
- Escalas médicas: APACHE II, SOFA, SAPS II, CONUT, NRS2000, Nutriscore.
- Datos analíticos: Hb, Hto, linfocitos, plaquetas, actividad protombina, glucosa, lactato, PCR, PCT, creatinina, bilirrubina, albumina, prealbúmina, colesterol total, HDL, AST, ALT, fósforo, magnesio, transferrina y triglicéridos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Es un trabajo de seguimiento, estamos todavía en la fase de recogida de datos. Pero podemos decir, que gracias a esta recogida de datos, estamos detectando al ingreso en UCI, los pacientes con mayor grado de desnutrición.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestros objetivos son;:

- Grados de desnutrición al ingreso en UCI
- Porcentaje de desnutrición en los pacientes que ingresan en UCI
- Valorar síndrome de realimentación
- Comparación entre los diferentes scores nutricionales
- Valorar que datos al ingreso se relacionan con mayor mortalidad de los pacientes
- Que datos al ingreso se relacionan con mayor desnutrición

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/119 ===== ***

Nº de registro: 0119

Título

VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTE AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL BARBASTRO

Autores:

ZAMORA ELSON MONICA, CENTENO OBANDO JUAN JOSE, LISA LOPEZ VICTORIA, GARCIA CLAU SUSANA, LLANAS RECH MONICA, PLAZA CUELLO ALBA, CALVO SARVISE ASUNCION, FRANCO MONTES MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patologías que requieran ingreso en UCI
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0119

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es necesario realizar una evaluación nutricional adecuada de los pacientes a su ingreso en UCI. Detectar los paciente que cumplen parámetros de desnutrición o están en riesgo de padecerla. En esto pacientes hay que introducir la nutrición artificial de forma lenta para evitar complicaciones como el síndrome de realimentación. También realizar diferentes escalas de valoración nutricional como son el Nutric-score, IMC, Conut o NRS2002 para saber que escala nos da más información sobre el estado nutricional del paciente al ingreso, y si sus resultados se correlacionan con mayor o menor mortalidad del paciente. También protocolizar el inicio nutrición artificial en cada paciente según sus características y necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar valoración nutricional al ingreso en UCI
- Comparar las diferentes escalas para valorar nutricionalmente a los pacientes que ingresan en UCI
- Objetivar que pacientes al ingreso están en riesgo de desnutrición
- Valorar riesgo de Síndrome de realimentación
- Protocolizar inicio de nutrición artificial según características del paciente

MÉTODO

- Pesar y tallar al paciente al ingreso
- Analítica al ingreso con parametros bioquimicos
- Calcular los scores nutricionales previstos
- Seguimiento nutricional de los pacientes durante su ingreso en UCI
- Vigilar aparición de Síndrome de realimentación

Sesión docente al servicio para explicar el proyecto
Reuniones bimensuales con el equipo para seguimiento del proyecto

INDICADORES

Se ha generado una base de datos para recoger los datos indicados en el apartado anterior. Una vez finalizada la recogida de datos se realizara el estudio estadístico correspondiente.

DURACIÓN

Se plantea como un proyecto de continuidad. La recogida de datos se ha iniciado en el año 2018. Se recogeran datos durante 2 años para tener mayor base de datos y obtener datos significativos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0119

1. TÍTULO

VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE MONICA ZAMORA ELSON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL

GARCIA CLAU SUSANA

LISA LOPEZ VICTORIA

LLANAS RECH MONICA

PLAZA CUELLO ALBA

PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA

FRANCO MONTES MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La muestra son pacientes ingresados desde mayo del 2017 hasta febrero del 2019. Se han recogida datos de 148 pacientes de todo tipo: médicos (incluidos respiratorios), sépticos, coronarios, quirúrgicos y traumatológicos. De estos 148 pacientes se han recogido los siguientes datos:

- Datos demográficos: sexo, edad, días de ingreso en UCI, causa de ingreso, peso, talla e IMC, si ha perdido peso en los últimos 3 meses.
- Datos médicos: si precisa VM y días, si precisa soporte vasoactivo y días, si precisa hemodiafiltración y días, si lleva nutrición artificial y de que tipo, si ha sido éxito o no durante su ingreso en UCI.
- Escalas médicas: APACHE II, SOFA, SAPS II, CONUT, NRS2000, Nutriscore.
- Datos analíticos: Hb, Hto, linfocitos, plaquetas, actividad protombina, glucosa, lactato, PCR, PCT, creatinina, bilirrubina, albumina, prealbúmina, colesterol total, HDL, AST, ALT, fósforo, magnesio, transferrina y triglicéridos

El objetivo principal del estudio es determinar qué factores o scores relacionados con desnutrición del paciente al ingreso se relacionan con mayor mortalidad (a 30 días)

Objetivos secundarios:

- Comparar escalas de gravedad al ingreso en UCI (mortalidad a 30 días)
- Comparar escalas nutricionales (mortalidad a 30 días)
- Mejorar la práctica clínica detectando los pacientes con desnutrición al ingreso en UCI

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número de pacientes incluidos en el estudio son 148 pacientes. Distribuidos en 97 hombres y 51 mujeres. La causa de ingreso más frecuente en UCI son los pacientes sépticos (29,72%) del total, seguido de los médicos (28,37%), de los quirúrgicos (25%), de los coronarios (14,86%) y de los traumatológicos (2,02%). La causa más frecuente de mortalidad también son los pacientes sépticos (53,3% del total)

La mortalidad en UCI es de un 12,8% y la mortalidad a los 30 días es del 20,3%

De los pacientes fallecidos: 17 son hombres (56,7%) y 13 mujeres (43,3% del total)

Han precisado Ventilación mecánica 57 pacientes (38,5% del total), de los cuales han fallecido 22 (38,6% de los pacientes ventilados y 73,3% de los pacientes éxito).

Han precisado Ventilación mecánica no invasiva 2 pacientes

Han precisado soporte vasoactivo 66 pacientes (44,6% del total) de los cuales han fallecido 26 (86,7% de los pacientes éxito)

Han precisado Técnicas de remplazo renal 12 pacientes (8,1% del total) de los cuales han sido éxito: 7 (58,3%)

La Nutrición con más frecuencia administrada es la oral (59,8% del total), seguida de la NPT (12,2%), la NE (10,8%) y la nutrición mixta (NPT+NE) un 6,1% del total. En un 11,5% de pacientes (11,5% del total) no se administró ningún tipo de nutrición. La nutrición asociada a mayor mortalidad es la NE.

Entre los pacientes fallecidos, el mayor porcentaje de éxito es en los paciente que recibieron NE (26,7% de los pacientes fallecidos), seguido de los pacientes que no recibieron ningún tipo de nutrición (23,3% del total).

En cuanto al inicio de administración de nutrición: en los pacientes éxito la media fue de 28,40 h \pm 24,61 y en los pacientes vivos fue de 27,25 \pm 24,22 (sin significación estadística).

Las escalas valoradas en el estudio son:

El APACHE y el SAPS2 como escala de gravedad, el SOFA con escala de disfunción multiorgánica. Para valorar el estado nutricional se incluyen las siguientes escalas: Nutriscore, Conut, NRS2000.

Calculando el áreas bajo la curva de cada escala, obtenemos el siguiente resultado:

En las escalas de gravedad:

APACHE: 0,858 (intervalo de confianza entre 0,786-0.929)

SOFA: 0,818

SAPS2: 0,785

La mejor área es el APACHE, seguido del SOFA y después del SAPS.

En la escalas que nos permiten la valoración del estado nutricional:

Nutriscore: 0,871 (intervalo de confianza entre 0,822 y 0,943)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0119

1. TÍTULO

VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARSBSTRO

Conut punto de corte en 0,700 (bajo)

NRS2000: 0,738 (intervalo de confianza: 0,642-0,833)

El score nutricional con mejor área bajo la curva es el Nutriscore.

Hemos valorado otros elementos que pueden influir en la situación nutricional al ingreso en UCI:

1. IMC (Índice de Masa corporal): Los pacientes éxitos tienen un IMC medio de $26,71 \pm 6,85$ y los vivos: $27,66 \pm 5,65$ (no significación estadística)

2. Pérdida de peso en los tres meses previos:

Se produce pérdida de peso más del 10% en 15 pacientes (28,4% del total y 50% de los pacientes éxitos) y no se produce pérdida de peso en 15 pacientes. Existe significación estadística (p: 0,006)

3. Antecedentes personales registrados:

- DM: 40 pacientes. 27% pacientes 10 éxitos
- HTA: 91 pacientes. 61,5% 22. Exitus
- Dislipemia: 44 pacientes: 29,7% de los pacientes. 9 éxitos
- Fumador: 36 pacientes: 24,3% pacientes. 5 éxitos
- ERC: 19 pacientes: 12,8% del total. 4 éxitos
- Enolismo: 11 pacientes: 7,4% del total. 3 éxitos
- EPOC: 31 pacientes. 20,9% del total. 8 éxitos
- Neoplasia: 46 pacientes. 31,1%. 13 éxitos.
- Cardiopatías: 45 pacientes: 30,4%. 11 éxitos
- Hepatitis: 14 pacientes. 9,5%. 3 éxitos
- Enfermedad neurológica: 13 pacientes 8,8%. 3 éxitos
- Inmunodeficiencia: 10 pacientes. 6,8% 2 éxitos
- Hiperuricemia: 7 pacientes. 4,7% del total. 2 éxitos
- Enfermedad tiroidea: 9 pacientes: 6,1%. 2 éxitos

De todos los antecedentes estudiados, no se ha observado relación estadística con mortalidad a 30 días.

4. Parámetros bioquímicos al ingreso: Hemoglobina: $12,57 \pm 7,80$; leucocitos: 21036 ± 41181 ; Linfocitos:

1022 ± 1482 ; plaquetas: $202063,78 \pm 105397$, AP: $72,29 \pm 16,92$; glucosa: $150,84 \pm 74,41$; Lactato: $2,50 \pm 2,14$, PCR: $149,59 \pm 116,90$; PTC: $17,24 \pm 1,21$, bilirrubina: $0,86 \pm 0,885$; albumina: $3,19 \pm 0,70$; prealbumina: $11,96 \pm 7,91$, colesterol: $125,22 \pm 43,84$; colesterol HDL: $31,44 \pm 14,05$; AST: $112,48 \pm 57,5$; ALT: $96,84 \pm 51,0$; Fosforo: $3,54 \pm 1,35$, Mg: $1,99 \pm 0,36$, Transferrina: $172,45 \pm 63,88$; triglicéridos: $124,17 \pm 82,14$

Comparando cifras entre vivos y éxitos: se han encontrado diferencias significativas en:

- Linfocitos en pacientes éxitos: $581,55 \pm 630,58$ y linfocitos en vivos: $1135,00 \pm 1612,72$ p: 0,001
- Actividad de protombina en pacientes éxitos: $62,67 \pm 19,01$ y AP en vivos: $74,74 \pm 15,51$ p: 0,002
- PCR en paciente éxitos: $184,36 \pm 34,23$ y PCR en vivos: $138,28 \pm 121,88$
- Albumina en pacientes éxitos: $2,74 \pm 0,65$ y albumina en vivos: $3,305 \pm 0,679$ p: 0,000
- Prealbumina en pacientes éxitos: $8,12 \pm 6,26$ y prealbumina en vivos: $12,97 \pm 8,011$ p: 0,002
- Colesterol HDL en pacientes éxitos: $25,47 \pm 15,56$ y HDL en vivos: $32,93 \pm 12,98$ p: 0,004
- Transferrina en éxitos: $144,84 \pm 61,109$ y en vivos: $179,59 \pm 62,87$ p: 0,005

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- De los pacientes incluidos en este estudio, la mortalidad a 30 días es del 20,3% del total. La causa más frecuente de ingreso son los paciente sépticos y también son los que más fallecen.

- La nutrición que con más frecuencia se administra es la oral. Destaca la gran cantidad de pacientes que no reciben ningún tipo de nutrición. No se observa diferencias significativas entre el tiempo de inicio de nutrición en los pacientes fallecidos y los supervivientes.

- Entre las escalas de gravedad el Apache II es el que presenta mayor relación con mortalidad

- Entre los scores de nutrición, el Nutriscore es que presenta mayor relación con mortalidad

- Existe relación significativa entre la pérdida de peso al ingreso y mayor mortalidad.

- Los parámetros bioquímicos estudiados que presentan significación estadística entre pacientes vivos y

éxitos son: linfocitos, actividad de protombina, PCR, Albumina, Prealbumina, colesterol HDL y transferrina

El objetivo de este estudio era valorar como podíamos implantar una mejora de la práctica clínica.

A los pacientes que ingresan en UCI hay que recoger unos datos adicionales que son:

- Si existe pérdida de peso en los últimos 3 meses

- APACHE II, SOFA y NUTRISCORE

- Perfil analítico que incluya: PCR como parámetro de inflamación, Albúmina como parámetro del

compartimento proteico al ingreso (vida media de 21 días), prealbumina, colesterol HDL y Transferrina

Incluir estos resultados dentro del protocolo de NUTRICIÓN

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/119 ===== ***

Nº de registro: 0119

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0119

1. TÍTULO

VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARSBSTRO

Título
VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTE AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL BARBASTRO

Autores:
ZAMORA ELSON MONICA, CENTENO OBANDO JUAN JOSE, LISA LOPEZ VICTORIA, GARCIA CLAU SUSANA, LLANAS RECH MONICA, PLAZA CUELLO ALBA, CALVO SARVISE ASUNCION, FRANCO MONTES MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patologias que requieran ingreso en UCI
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es necesario realizar una evaluación nutricional adecuada de los pacientes a su ingreso en UCI. Detectar los paciente que cumplen parámetros de desnutrición o están en riesgo de padecerla. En esto pacientes hay que introducir la nutrición artificial de forma lenta para evitar complicaciones como el síndrome de realimentación. También realizar diferentes escalas de valoración nutricional como son el Nutric-score, IMC, Conut o NRS2002 para saber que escala nos da más información sobre el estado nutricional del paciente al ingreso, y si sus resultados se correlacionan con mayor o menor mortalidad del paciente. También protocolizar el inicio nutrición artificial en cada paciente según sus características y necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS
- Realizar valoración nutricional al ingreso en UCI
- Comparar las diferentes escalas para valorar nutricionalmente a los pacientes que ingresan en UCI
- Objetivar que pacientes al ingreso están en riesgo de desnutrición
- Valorar riesgo de Síndrome de realimentación
- Protocolizar inicio de nutrición artificial según características del paciente

MÉTODO
- Pesar y tallar al paciente al ingreso
- Analítica al ingreso con parametros bioquimicos
- Calcular los scores nutricionales previstos
- Seguimiento nutricional de los pacientes durante su ingreso en UCI
- Vigilar aparición de Síndrome de realimentación

Sesión docente al servicio para explicar el proyecto
Reuniones bimensuales con el equipo para seguimiento del proyecto

INDICADORES
Se ha generado una base de datos para recoger los datos indicados en el apartado anterior. Una vez finalizada la recogida de datos se realizara el estudio estadístico correspondiente.

DURACIÓN
Se plantea como un proyecto de continuidad. La recogida de datos se ha iniciado en el año 2018. Se recogeran datos durante 2 años para tener mayor base de datos y obtener datos significativos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GRASA LANAU
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MENDIARA BERBIELA YOLANDA
SANZ CARDIEL ALICIA
CABRERO MAISONNE NATALIA
CALVERA CALVERA ALICIA
HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL
ABADIA ORTIZ ESTER
CUELLO MUR MARIA NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización de sesiones divulgativas sobre el delirio en el paciente crítico con el objetivo de informar y concienciar al personal de la unidad sobre su importancia y como prevenirlo (diciembre 2017)
- Elaboración e impresión de tríptico informativo sobre el delirio y su prevención para familiares de pacientes ingresados en UCI (abril 2018)
- Comienzo del reparto del tríptico entre los familiares de los pacientes en el momento del ingreso (mayo 2018)
- Elaboración de un protocolo de actuación multidisciplinar de prevención del delirio en el paciente crítico mediante medidas no farmacológicas y posterior envío a la unidad de calidad del sector (mayo 2018)
- Difusión del proyecto en forma de póster en las VII Jornadas de Calidad, Investigación e Innovación del Sector Barbastro (mayo 2018) y en el XLIV congreso nacional de la SEEUC (junio 2018) como medida motivación e incentivación del personal de la unidad
- Aprobación del protocolo presentado por parte de la unidad de Calidad del sector (julio 2018)
- Asistencia de miembros del grupo de mejora al curso DELIRUCI 2018 (Curso multidisciplinar sobre prevención, detección y tratamiento del Delirium en la UCI) organizado por el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida para actualización y renovación de conocimientos y aplicación en nuestro entorno (octubre 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Elaboración del protocolo: SI / STANDAR: SI (certificado por unidad de calidad)
- Realización de sesión de formación y concienciación para el personal de la unidad: SI / STANDAR: SI (acreditado por unidad de formación)
- Realización de folleto informativo para las familias: SI / STANDAR: SI (aprobado por la unidad de Calidad como parte del protocolo)
- Número de folletos entregados/numero de ingresos: Pendiente de obtención de datos / ESTANDAR >80%.
- Número de profesionales formados y conocedores del protocolo/total de los profesionales de la unidad: En proceso de difusión / ESTANDAR >80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Tanto las sesiones formativas y de concienciación como la elaboración del folleto informativo para las familias han sido muy bien acogidos por el personal de la unidad, desarrollando una importante motivación e implicación con el proyecto.
- A raíz de la entrega de estos folletos informativos a las familias, hemos observado un alto nivel de implicación de éstas en las tareas de prevención del delirio, así como una mayor comprensión de este suceso cuando tiene lugar.
- La presentación del proyecto en forma de póster a las jornadas de calidad del sector y al congreso de la SEEUC han servido de motivación, puesto que han dado visibilidad a la labor desarrollada, a la vez que han servido para la acreditación del trabajo de cara a bolsas de trabajo, carrera profesional, etc..
- Tras un año del inicio del reparto de los folletos (mayo 2019), se realizará la recogida de datos a través de los registros informatizados de la unidad.
- Una vez elaborado el protocolo y validado por la unidad de calidad, queda pendiente completar su difusión, puesto que debido al alto grado de rotación de personal en nuestro servicio, se hacen necesarias nuevas sesiones formativas, para las cuales se solicitará acreditación como formación continuada para una mayor motivación del personal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/212 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRÍTICO EN UCI

Nº de registro: 0212

Título
CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRÍTICO EN UCI

Autores:
GRASA LANAU JOSE ANTONIO, MENDIARA BERBIELA YOLANDA, SANZ CARDIEL ALICIA, CABRERO MAISONNE NATALIA, CALVERA CALVERA ALICIA, HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL, ABADIA ORTIZ ESTER, PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente crítico
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la seguridad del paciente y de la calidad asistencial

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El delirio es un problema tradicionalmente minusvalorado en el enfermo crítico, pero se presenta en un elevado número de pacientes ingresados en UCI y es, probablemente, la manifestación más frecuente de disfunción aguda del SNC. Las consecuencias del delirio, van mucho más allá de las derivadas de las conductas agresivas y autolesiones. Estudios recientes han demostrado que el delirio es uno de los principales factores determinantes de la estancia hospitalaria y la mortalidad a largo plazo de los pacientes ingresados en UCI.

RESULTADOS ESPERADOS
La ausencia de evidencia probada sobre medidas de prevención farmacológica del delirio, hace que las medidas de prevención no farmacológica sean de vital importancia. Estas medidas están basadas en la creación de un ambiente lo menos hostil posible, la movilización temprana, la humanización del trato hacia el paciente y la familia, mantener al paciente orientado en tiempo y espacio y conectado en la medida de lo posible con el mundo exterior y la promoción de medidas para favorecer el descanso nocturno de modo natural. Dentro de este conjunto de medidas, el papel de la familia resulta también muy importante, tanto por la capacidad de colaboración en la prevención, como en la necesidad de que sean conscientes de que el fenómeno del delirio puede aparecer.

MÉTODO
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar formado por los miembros del grupo de mejora y en coordinación con la jefatura de servicio y la supervisora de enfermería, para la elaboración de un protocolo de actuación para la prevención del delirio mediante medidas no farmacológicas.
- Realización de sesiones para la formación y concienciación de todo el personal de la unidad, en todas sus categorías (FEA, enfermería, TCAE, celadores), de la importancia de la prevención del delirio.
- Vigilancia, por parte de los miembros del grupo de mejora, del cumplimiento de las medidas propuestas.
- Elaboración de un folleto informativo para las familias de los pacientes, conteniendo información sobre el concepto de delirio, las medidas implementadas por el personal para su prevención y sobre como la familia puede colaborar.

INDICADORES
- Elaboración de un protocolo de medidas de prevención no farmacológicas. ESTANDAR: Si
- Realización de sesiones de formación y concienciación sobre el delirio en el paciente crítico y las medidas de prevención. ESTANDAR: Si
- Número de profesionales formados y conocedores del protocolo/total de los profesionales de la unidad: ESTANDAR >80%
- Elaboración de un folleto informativo para las familias. ESTANDAR: Si
- Número de folletos entregados/número de ingresos. ESTANDAR >80%

DURACIÓN
- Elaboración del protocolo: mayo 2018
- Elaboración del folleto informativo para las familias: abril 2018
- Comienzo de reparto del folleto de información a las familias: mayo 2018
- Sesiones de formación y concienciación para el personal de la unidad y presentación del protocolo: mayo - junio 2018

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GRASA LANAU
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MENDIARA BERBIELA YOLANDA
SANZ CARDIEL ALICIA
CABRERO MAISONNE NATALIA
CALVERA CALVERA ALICIA
HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL
ABADIA ORTIZ ESTER
CUELLO MUR MARIA NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización de sesiones informativas sobre el delirio en el paciente crítico con el objetivo de informar y concienciar al personal de la unidad sobre su importancia y sobre como prevenirlo (diciembre 2017)
- Elaboración e impresión de tríptico informativo sobre el delirio y su prevención para familiares de pacientes ingresados en UCI (abril 2018)
- Comienzo del reparto del tríptico entre los familiares de los pacientes durante las primeras 24h de ingreso (mayo 2018)
- Elaboración de un protocolo de actuación multidisciplinar de prevención del delirio en el paciente crítico mediante medidas no farmacológicas y posterior envío a la unidad de calidad del sector (mayo 2018)
- Difusión del proyecto en forma de póster en las VII Jornadas de Calidad, Investigación e Innovación del Sector Barbastro (mayo 2018) y en el XLIV congreso nacional de la SEEIUC (junio 2018) como medida motivadora para personal de la unidad
- Aprobación del protocolo presentado por parte de la unidad del Calidad del sector (julio 2018)
- Asistencia de miembros del grupo de mejora al curso DELIRUCI 2018 (Curso multidisciplinar sobre prevención, detección y tratamiento del Delirium en la UCI) organizado por el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida para actualización y renovación de conocimientos y aplicación en nuestro entorno (octubre 2018)
- Recogida de datos sobre el registro informatizado de entrega a los familiares del tríptico informativo tras un año de puesta en marcha de la medida y análisis de los mismos (junio 2019)
- Realización de sesión clínica acreditada sobre delirio en el paciente crítico (importancia, prevención, diagnóstico y tratamiento) y difusión del proyecto de mejora y el protocolo de prevención (octubre 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Elaboración del protocolo: SI / STANDAR: SI (certificado por unidad de calidad)
- Realización de sesión de formación y concienciación para el personal de la unidad: SI / STANDAR: SI (acreditado por unidad de formación)
- Realización de folleto informativo para las familias: SI / STANDAR: SI (aprobado por la unidad de Calidad como parte del protocolo)
- Número de folletos entregados/numero de ingresos: 78% sobre la muestra valida (una vez descartados éxitus y traslados a otro centro durante las primeras 24 horas de ingreso) / ESTANDAR >80%.
- Numero de profesionales formados y conocedores del protocolo/total de los profesionales de la unidad: 26 asistentes a la sesión clínica sobre una plantilla de 30 profesionales entre enfermeras/os, TCAE y médicos (86,6%) y envío del protocolo al correo electrónico corporativo del 100% de los profesionales / ESTANDAR >80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Tanto las sesiones formativas y de concienciación como la elaboración del folleto informativo para las familias han sido muy bien acogidos por el personal de la unidad, desarrollando una importante motivación e implicación con el proyecto.
- A raíz de la entrega de estos folletos informativos a las familias, hemos observado un alto nivel de implicación de éstas en las tareas de prevención del delirio con un elevado seguimiento de las recomendaciones dadas, así como una mayor comprensión de este suceso cuando tiene lugar.
- La presentación del proyecto en forma de póster a las jornadas de calidad del sector y al congreso de la SEEIUC han servido de motivación, puesto que han dado visibilidad a la labor desarrollada, a la vez que han servido para la acreditación del trabajo de cara a bolsas de trabajo, carrera profesional, etc..
- Tras el análisis de los datos sobre la entrega de folletos después de un año del inicio, se ha evidenciado que el 51% de los errores, ya sea por ausencia de registro o por registro de no entrega sin justificar, se han dado durante los tres meses del periodo vacacional en la unidad (julio, agosto y septiembre). Este hecho, junto con el elevado índice de rotación de personal en nuestra unidad, hace necesaria la repetición periódica de nuevas sesiones formativas y de concienciación.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

*** ===== Resumen del proyecto 2018/212 ===== ***

Nº de registro: 0212

Título
CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

Autores:
GRASA LANAU JOSE ANTONIO, MENDIARA BERBIELA YOLANDA, SANZ CARDIEL ALICIA, CABRERO MAISONNE NATALIA, CALVERA CALVERA ALICIA, HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL, ABADIA ORTIZ ESTER, PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente crítico
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la seguridad del paciente y de la calidad asistencial

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El delirio es un problema tradicionalmente minusvalorado en el enfermo crítico, pero se presenta en un elevado número de pacientes ingresados en UCI y es, probablemente, la manifestación más frecuente de disfunción aguda del SNC. Las consecuencias del delirio, van mucho más allá de las derivadas de las conductas agresivas y autolesiones. Estudios recientes han demostrado que el delirio es uno de los principales factores determinantes de la estancia hospitalaria y la mortalidad a largo plazo de los pacientes ingresados en UCI.

RESULTADOS ESPERADOS

La ausencia de evidencia probada sobre medidas de prevención farmacológica del delirio, hace que las medidas de prevención no farmacológica sean de vital importancia. Estas medidas están basadas en la creación de un ambiente lo menos hostil posible, la movilización temprana, la humanización del trato hacia el paciente y la familia, mantener al paciente orientado en tiempo y espacio y conectado en la medida de lo posible con el mundo exterior y la promoción de medidas para favorecer el descanso nocturno de modo natural. Dentro de este conjunto de medidas, el papel de la familia resulta también muy importante, tanto por la capacidad de colaboración en la prevención, como en la necesidad de que sean conscientes de que el fenómeno del delirio puede aparecer.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar formado por los miembros del grupo de mejora y en coordinación con la jefatura de servicio y la supervisora de enfermería, para la elaboración de un protocolo de actuación para la prevención del delirio mediante medidas no farmacológicas.
- Realización de sesiones para la formación y concienciación de todo el personal de la unidad, en todas sus categorías (FEA, enfermería, TCAE, celadores), de la importancia de la prevención del delirio.
- Vigilancia, por parte de los miembros del grupo de mejora, del cumplimiento de las medidas propuestas.
- Elaboración de un folleto informativo para las familias de los pacientes, conteniendo información sobre el concepto de delirio, las medidas implementadas por el personal para su prevención y sobre como la familia puede colaborar.

INDICADORES

- Elaboración de un protocolo de medidas de prevención no farmacológicas. ESTANDAR: Si
- Realización de sesiones de formación y concienciación sobre el delirio en el paciente crítico y las medidas de prevención. ESTANDAR: Si
- Número de profesionales formados y conocedores del protocolo/total de los profesionales de la unidad: ESTANDAR >80%
- Elaboración de un folleto informativo para las familias. ESTANDAR: Si
- Número de folletos entregados/numero de ingresos. ESTANDAR >80%

DURACIÓN

- Elaboración del protocolo: mayo 2018
- Elaboración del folleto informativo para las familias: abril 2018
- Comienzo de reparto del folleto de información a las familias: mayo 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

- Sesiones de formación y concienciación para el personal de la unidad y presentación del protocolo: mayo - junio 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL
PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA
COSCUJUELA ROMAN ELIA
SANZ BERROY ASCENSION
ALBAS MAZA RAUL
NOGUES GARCIA LAIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º. Reunión de los miembros del grupo para decidir modificaciones del protocolo actual de RCP en base a las nuevas guías y recursos del Hospital.

Durante los primeros meses desde el inicio del proyecto, procedimos a reunirnos en varias ocasiones para revisar atentamente cual era el protocolo actual de actuación ante una parada cardiaca a nivel intrahospitalario, y cuales eran los puntos a modificar, o bien porque estaban ya obsoletos o porque quedaban confusos.

2º. Presentación de dicho protocolo.

Una vez elaborado el nuevo protocolo de actuación, procedimos a presentarlo y explicar los nuevos cambios al personal trabajador de cada área del hospital.

3º. Cursos de actualización de RCP.

Se realizaron varios cursos de RCP básica, instrumentalizada y avanzada a lo largo del año 2018 para, además de refrescar conocimientos, presentar de nuevo el nuevo protocolo elaborado para nuestro hospital, para llegar al mayor número de trabajadores posible.

4º. Cursos de simulacros reales.

Realizamos también varios simulacros reales por las plantas del hospital, para que todo el personal pudiera familiarizarse de la manera más real posible con el nuevo protocolo elaborado.

5º. Modificación de la medicación y material del carro de paros.

Uno de los grandes problemas con el que nos encontramos cuando atendemos una parada intrahospitalaria es que cada carro de paros está configurado de una manera diferente, tanto a nivel de medicación como de material. Además, muchas de las ampollas de fármacos son similares y están ubicadas en lugares cercanos. Todo esto da lugar a equivocaciones a la hora de administrar de medicación, o pérdidas de tiempo buscando material.

Por ello decidimos unificar todos los carros del hospital.

Para ello, procedimos a reunirnos con las supervisoras de cada planta, las cuales nos transmitieron sus opiniones y nos hicieron llegar cuales eran los principales problemas a los que se enfrentaba su personal. De esta manera y de forma conjunta, se llegó a un acuerdo sobre cual era la medicación y material que debía constar en cada carro, y su distribución.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º. Hemos obtenido un nuevo protocolo de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria, más simplificado y de mayor claridad, en el cual queda perfectamente reflejado cual es la misión de cada persona cuando atiende un paro en el hospital. Así conseguimos una mejor detección del paciente en riesgo de parada cardiorrespiratoria, quedando claramente definida la cadena de supervivencia y el papel a seguir de cada miembro del grupo de RCP.

2º. Obtención de un nuevo protocolo de PCR adaptado a nuestro hospital, el cual queda ubicado de manera esquemática y plastificado en cada uno de los carro de paros.

3º. Hemos conseguido que un gran número de trabajadores de nuestro hospital se apunten y realicen de forma completa y satisfactoria a alguno de los varios cursos impartidos de RCP tanto básica como instrumentalizada y avanzada en los cuales, además de explicar los conocimientos propios de este tipo de cursos, presentábamos el nuevo protocolo de actuación adaptado a las características de nuestro hospital.

4º. Con los cursos de simulacros reales realizados, conseguimos que todo el personal supiera enfrentarse a una situación lo más real posible de parada cardiorrespiratoria en una planta. De esta manera, comenzaron a familiarizarse con el protocolo elaborado, quedando claros todos los conceptos y el papel de cada uno ante una situación de emergencia.

5º. Se han conseguido unificar todos los carros de paros del hospital, tanto a nivel de medicación como de material y ubicación del mismo. De esta forma, se reduce la yatrogenia de manera considerable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido una mejor atención al paciente en parada cardiorrespiratoria, con mayor seguridad de los miembros que la atienden por tener más claros los conceptos y su papel a desarrollar.

Nos queda a lo largo de este segundo año de proyecto, la recogida de datos para poder demostrar todos los objetivos pendientes, pretendiendo una detección más precoz del paciente en riesgo de parada cardiorrespiratoria, una desfibrilación más temprana, una disminución de los tiempos de actuación y una mayor supervivencia.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/351 ===== ***

Nº de registro: 0351

Título
CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Autores:
LOPEZ GONZALEZ ISABEL MARIA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL, HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL, PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA, COSCUJUELA ROMAN ELIA, SANZ BERROY ASCENSION, ALBAS MAZA RAUL, NOGUES GARCIA LAIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Parada Cardiorrespiratoria reanimable
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Formación

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las muertes por PCR son un problema de primera magnitud para la salud pública. Se estima que en España cada año son susceptibles de RCP entre un 0,4-2% de los ingresados. Hasta un 50% de las PCR hospitalarias ocurren fuera de las áreas de críticos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir la mortalidad y morbilidad que genera la PCR intrahospitalaria.
- Plan de formación de protocolos de RCP y Soporte Vital en los equipos sanitarios y no sanitarios del hospital que puedan actuar como primer intervinientes.
- Detección de pacientes en riesgo de PCR y su prevención
- Definir la cadena de supervivencia y protocolo de asistencia integral.
- Estrategias favorecedoras la desfibrilación temprana

MÉTODO
- Programas de formación de SVB, SBA y SVB Instrumentalizado.
- Talleres de uso y manejo de los monitores-desfibriladores en cada campo asistencial.
- Revisión de material del carro de paradas así como las tomas de oxígeno y aspiración adecuadas.
- Unificar protocolos de actuación intrahospitalario ante una situación de PCR
- Reunir en un listado unificado del material necesario para la asistencia de la PCR y soporte vital.

INDICADORES
- Nº episodios PCR
- Nº exitus / Nº episodios PCR
- Tiempo hasta la desfibrilación en ritmo desfibrilables
- Tiempo en recibir SVA tras activación de equipo de emergencias (intensivista de guardia + DUE de medicina intensiva)
- Nº pacientes con recuperación de la circulación espontánea / Nº episodios PCR

DURACIÓN
Desde el 1 Mayo de 2018 hasta el 1 de Diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL
PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA
COSCUJUELA ROMAN ELIA
SANZ SERROY ASCENSION
ALBAS MAZA RAUL
NOGUES GARCIA LAIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º. Reunión de los miembros del grupo para decidir modificaciones del protocolo actual de RCP en base a las nuevas guías y recursos del hospital.

Durante los primeros meses desde el inicio del proyecto, procedimos a reunirnos en varias ocasiones para revisar atentamente cual era el protocolo actual de actuación ante una parada cardíaca a nivel intrahospitalario, y cuales eran los puntos a modificar, o bien porque estaban ya obsoletos o porque quedaban confusos.

2º. Presentación de dicho protocolo.

Una vez elaborado el nuevo protocolo de actuación, procedimos a presentarlo y explicar los nuevos cambios al personal trabajador de cada área del hospital.

3º. Cursos de actualización de RCP.

Se realizaron varios cursos de RCP básica, instrumentalizada y avanzada a lo largo de los años 2018 y 2019 para, además de refrescar conocimientos, presentar de nuevo el nuevo protocolo elaborado para nuestro hospital, para llegar al mayor número de trabajadores posible.

4º. Cursos de simulacros reales.

Realizamos también varios simulacros reales por todas las plantas y áreas del hospital, para que todo el personal pudiera familiarizarse de la manera más real posible con el nuevo protocolo elaborado.

5º. Modificación de la medicación y material del carro de paros.

Uno de los grandes problemas con el que nos encontramos cuando atendemos una parada intrahospitalaria es que cada carro de paros está configurado de una manera diferente, tanto a nivel de medicación como de material. Además, muchas de las ampollas de fármacos son similares y están ubicadas en lugares cercanos. Todo esto da lugar a equivocaciones a la hora de administrar la medicación, o pérdidas de tiempo buscando material. Por ello decidimos unificar todos los carros del hospital.

Para ello, procedimos a reunirnos con las supervisoras de cada planta, las cuales nos transmitieron sus opiniones y nos hicieron llegar cuales eran los principales problemas a los que se enfrentaba su personal. De esta manera y de forma conjunta, se llegó a un acuerdo sobre cual era la medicación y material que debía constar en cada carro y su distribución.

6º. Elaborar unas tablas de recogidas de datos de todas las paradas cardiorrespiratorias del hospital para poder comparar y certificar las mejoras conseguidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º. Hemos obtenido un nuevo protocolo de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria, más simplificado y de mayor claridad, en el cual queda perfectamente reflejado cual es la misión de cada profesional que atiende un paro en el hospital. Así conseguimos una mejor detección del paciente en riesgo de parada cardiorrespiratoria, quedando claramente definida la cadena de supervivencia y el papel a seguir de cada miembro del grupo de RCP.

2º. Obtención de un nuevo protocolo de PCR adaptado a nuestro hospital, el cual queda ubicado de manera esquemática y plastificado en cada uno de los carros de paros.

3º. Hemos conseguido que, a lo largo de estos 2 años, un gran número de trabajadores de nuestro hospital se apunten y realicen de forma completa y satisfactoria a alguno de los varios cursos impartidos de RCP tanto básica como instrumentalizada y avanzada en los cuales, además de explicar los conocimientos propios de este tipo de cursos, presentábamos el nuevo protocolo de actuación adaptado a las características de nuestro hospital.

4º. Con los cursos de simulacros reales realizados, conseguimos que todo el personal supiera enfrentarse a una situación lo más real posible de parada cardiorrespiratoria en una planta. De esta manera, comenzaron a familiarizarse con el protocolo elaborado, quedando claros todos los conceptos y el papel de cada uno ante una situación de emergencia.

5º. Se han conseguido unificar todos los carros de paros del hospital, tanto a nivel de medicación como de material y ubicación del mismo. De esta forma, se reduce la yatrogenia de manera considerable.

6º. Al quedar, con todo lo realizado previamente, más claros todos los conceptos de actuación, hemos conseguido que el personal que atiende una parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria lo haga con mayor rapidez y seguridad, disminuyendo con ello los errores más frecuentes.

7º. A su vez, se han conseguido disminuir los tiempos de actuación, lográndose los objetivos de los primeros cuatro minutos de un paro, incluyendo la monitorización correcta, canulación de vías venosas, realización de masaje cardíaco y ventilación e incluso administración de primera adrenalina o primera descarga eléctrica en dependencia del tipo de parada que presente el paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Gracias a todo el trabajo realizado a lo largo de los años 2018 y 2019, hemos conseguido una mejor atención al paciente en parada cardiorrespiratoria, con una considerable disminución de los tiempos de actuación y una mayor seguridad y efectividad de los miembros que la atienden por tener más claros los conceptos y su papel a desarrollar.

Por otra parte seguiremos con la recogida de datos para, en un futuro, poder comparar y certificar esta mejoría; seguiremos revisando y actualizando los protocolos en función de las novedades que se presenten y continuaremos impartiendo los cursos de RCP y simulacros reales para mantener activos los conocimientos del personal y ampliarlos a aquellos nuevos trabajadores que comiencen en nuestro hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/351 ===== ***

Nº de registro: 0351

Título
CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Autores:
LOPEZ GONZALEZ ISABEL MARIA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL, HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL, PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA, COSCUJUELA ROMAN ELIA, SANZ BERROY ASCENSION, ALBAS MAZA RAUL, NOGUES GARCIA LAIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Parada Cardiorrespiratoria reanimable
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Formación

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las muertes por PCR son un problema de primera magnitud para la salud pública. Se estima que en España cada año son susceptibles de RCP entre un 0,4-2% de los ingresados. Hasta un 50% de las PCR hospitalarias ocurren fuera de las áreas de críticos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir la mortalidad y morbilidad que genera la PCR intrahospitalaria.
- Plan de formación de protocolos de RCP y Soporte Vital en los equipos sanitarios y no sanitarios del hospital que puedan actuar como primer intervinientes.
- Detección de pacientes en riesgo de PCR y su prevención
- Definir la cadena de supervivencia y protocolo de asistencia integral.
- Estrategias favorecedoras la desfibrilación temprana

MÉTODO
- Programas de formación de SVB, SBA y SVB Instrumentalizado.
- Talleres de uso y manejo de los monitores-desfibriladores en cada campo asistencial.
- Revisión de material del carro de paradas así como las tomas de oxígeno y aspiración adecuadas.
- Unificar protocolos de actuación intrahospitalario ante una situación de PCR
- Reunir en un listado unificado del material necesario para la asistencia de la PCR y soporte vital.

INDICADORES
- Nº episodios PCR
- Nº exitus / Nº episodios PCR
- Tiempo hasta la desfibrilación en ritmo desfibrilables
- Tiempo en recibir SVA tras activación de equipo de emergencias (intensivista de guardia + DUE de medicina intensiva)
- Nº pacientes con recuperación de la circulación espontánea / Nº episodios PCR

DURACIÓN
Desde el 1 Mayo de 2018 hasta el 1 de Diciembre de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0062

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA, CENTROS ASISTENCIALES, SOCIALES Y SANITARIOS"

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MEDRANO MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEYRET FERRER INMACULADA
BUIL CORONAS SONIA
GUIRAL FERNANDEZ NURIA
ZUERAS BERNAD TERESA
DOMPER BUIL ASUN
ABAD RUIZ ALODIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
FEBRERO DEL 2018 EVALUACIÓN
Se detecta un error en la recogida de datos que podría originar sesgo en la evaluación (como solo había una persona responsable de la recogida de datos, cuando está no estaba dejaba de registrarse alguna sujeción)
-Realización de una hoja de recogida de datos para todo el personal de la unidad y así evitar sesgos.
-Modificación de la hoja de registro añadiendo un item nuevo "Cuando no exista supervisión familiar" Este nuevo item se añadirá tanto en la hoja de enfermería como en la de indicación médica.
En presencia de la familia, se retiraban la sujeciones volviéndolas a colocar cuando el paciente dejaba de estar supervisado de forma constante por el familiar, sin que previamente se hubiesen suspendido. De esta manera quedará reflejada la retirada esporádica de la sujeción.
MAYO DEL 2018
Se retrasa la Evaluación final por no haber suficientes casos para la evaluación, no llegando a 30 casos iniciales de la preevaluación. (muestra considerada representativa de inicio).
Esta modificación de los items se llevará a cabo tras la evaluación final y la exposición en una sesión informativa al resto de unidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Noviembre del 2018 EVALUACIÓN REAL FINAL
Se detecta otro nuevo error, para la realización de los cambios posturales, se debe utilizar el cinturón abdominal aunque no lo precisara de inicio en la contención

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN 2019 Se hará sesión informativa y posterior implementación al resto de unidades y modificaciones de items. No se pone fecha de implementación en otras unidades a expensas de la introducción de esta documentación en la historia clínica electrónica y la puesta en marcha de ella.
Se presta la documentación que estamos utilizando actualmente, al equipo de registro enfermero de la HCE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/62 ===== ***

Nº de registro: 0062

Título
IMPLEMENTACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA, DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA Y CENTROS ASISTENCIALES SOCIALES Y SANITARIOS"

Autores:
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR, PEYRET FERRER INMACULADA, BUIL CORONAS SONIA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, ZUERAS BERNAD TERESA, DOMPER BUIL ASUNCION, ABAD RUIZ ALODIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0062

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA, CENTROS ASISTENCIALES, SOCIALES Y SANITARIOS"

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Necesidad de regular y controlar la indicación y cuidados de las sujeciones físicas .
Debido a las características demográficas de nuestra comunidad Demanda de los profesionales, preocupación sanitaria y responsabilidad.

RESULTADOS ESPERADOS

REGULAR EL USO DE LAS SUJECIONES FÍSICAS EN NUESTRO CENTRO HOPITALARIO PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y CONDUCTAS DISRUPTIVAS. (Transtorno del comportamiento que puede producir daño o lesión a sí mismo, a otras personas o en el entorno)

MÉTODO

Revisión de protocolos de Sujeciones Físicas
Difusión del protocolo y la implementación del mismo
Elaboración de hojas de registro de indicación y cuidados
Recogida de datos pre-implementación o post.
Curso de formación del personal
Difusión de las medidas adoptar y puesta en marcha
Implementación del protocolo
Evaluación del protocolo
El número de reuniones previsibles anuales de todo el equipo serán 4

INDICADORES

Fórmula:
Nº de pacientes con sujeciones y consentimiento informado
indicación médica y hojas de cuidados enfermeros _____ X 100
Nº de pacientes con sujeciones
Fuente de datos :
Registro de personal asistencial
Estándar 90%

DURACIÓN

Duración 3 años y medio
Inicio abril del 2015
Fin noviembre del 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA BOLEA LADERAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUSTOS MORELL CRISTINA
CASTELLAR OTIN ELENA
BAGÜESTE MORAN PATRICIA
PARDINA GARCIA ANA CRISTINA
NASARRE CANCER INES
BALLABRIGA GONZALEZ VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han recapitulado entre el 1 de junio y el 31 de diciembre del 2018 un total de 89 pacientes que han mantenido seguimiento periódico por la unidad y en los cuales se ha realizado una revisión de su tratamiento farmacológico habitual en su totalidad. En 65 de estos pacientes se ha realizado alguna modificación en su tratamiento a lo largo de su seguimiento de forma sustancial (retirada de fármacos o sustitución de un fármaco por otro), no se han tenido en cuenta de cara al proyecto por el momento un ajuste en la dosis o la sustitución de un principio activo por otro de una misma familia. Hasta el momento, el grupo de fármacos más afectado ha sido los antiagregantes/anticoagulantes, encontrando frecuentemente su asociación en gran cantidad de pacientes y habiendo procedido a su revisión en cuanto a su indicación en el momento actual. Otro grupo de fármacos que se ha visto afectado de forma contundente ha sido el de los hipolipemiantes, muy prescritos en el día a día y que por el perfil del paciente de la unidad nos hemos visto obligados a revisar la conveniencia en cuanto a su prescripción en el momento actual, a menudo con su retirada total ante la ausencia de beneficio en el momento actual de la vida del paciente. Por último, el grupo de psicofármacos también ha representado un punto importante, observando una alta prescripción, especialmente en los pacientes institucionalizados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según el apartado anterior, se ha retirado el tratamiento hipolipemiante en casi el 20% de los pacientes que se encontraban con este tratamiento (67 pacientes en total en tratamiento fundamentalmente con estatinas), no habiendo observado efectos secundarios en ninguno de los casos. Para su retirada se han tenido en cuenta la edad (superior a 85 años), parámetros nutricionales y motivo de prescripción (tratamiento de dislipemia primaria o como prevención secundaria tras un evento agudo cardiovascular). En cuanto al tratamiento antiagregante/anticoagulante, en 2 casos se ha observado que se encontraban en tratamiento anticoagulante durante más de 12 meses por un embolismo pulmonar, por lo que se ha procedido a su retirada. No se ha observado efectos secundarios o recurrencia de un cuadro tromboembólico por el momento. En otros 2 casos fue necesaria la retirada definitiva de tratamiento anticoagulante como prevención de ictus cardioembólico ante la recurrencia de episodios de hemorragia mayor, por el momento tampoco se han evidenciado consecuencias de estas actuaciones. Y por último, en cuanto a los psicofármacos, en 14 de estos pacientes se han modificado su tratamiento habitual prestando especial atención a las benzodiacepinas, encaminando nuestra actuación hacia su suspensión definitiva y optando hacia otro grupo de fármacos. Así mismo, se ha intentado una simplificación del tratamiento farmacológico intentando prescindir de aquellos que por la situación vital del paciente, por la ausencia de beneficio demostrado o por la presencia de efectos secundarios menores, no se oportuno su continuidad. Con respecto a todas estas acciones, han quedado reflejadas en su historia clínica y han sido informados los pacientes y su cuidador principal de forma escrita y verbal, informado de posibles efectos secundarios o de rebote tras su retirada. Se ha observado en global una buena acogida por parte de los pacientes y familiares, que ven muy positivo la simplificación de su tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente observar la evolución a lo largo de los próximos 6 meses y ampliar la captura de pacientes que mantengan seguimiento en la unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/300 ===== ***

Nº de registro: 0300

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Autores:
BOLEA LADERAS LAURA, BUSTOS MORELL CRISTINA, CASTELLAR OTIN ELENA, BAGÜESTE MORAN PATRICIA, PARDINA GARCIA ANA CRISTINA, NASARRE CANCER INES, BALLABRIGA GONZALEZ VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El paciente crónico complejo (PCC) es un paciente con múltiples enfermedades crónicas, que presenta frecuentes agudizaciones y descompensaciones de las mismas, lo que genera un alto consumo de recursos asistenciales (numerosas visitas a su centro de Atención Primaria y/o Servicios de Urgencias, ingresos hospitalarios, realización de pruebas complementarias y polifarmacia). La medicación se considera la primera causa de reacciones adversas derivadas de la asistencia sanitaria, por lo que podría ser adecuado plantear una revisión de la situación enfocada hacia el paciente crónico complejo, que por sus características, puede tratarse de un grupo muy vulnerable en este sentido y por tanto, beneficiarse ampliamente de esta atención. El desarrollo reciente de la Unidad del Crónico Complejo (UCC) en el Hospital de Barbastro pone de manifiesto esta realidad, habiendo detectado con frecuencia diversas situaciones (reacciones adversas a medicamentos, cambios en los objetivos terapéuticos, ausencia de efectividad del tratamiento etc) que hacen necesario un análisis objetivo.

RESULTADOS ESPERADOS
Se realizará una revisión clínica de la medicación a cada uno de los pacientes que realicen seguimiento por la unidad, con al menos 2 o más consultas realizadas en la misma. Esta revisión consistirá en verificar la indicación de cada fármaco en relación con las patologías que tiene el paciente, su adecuación (por edad o condiciones clínicas como la insuficiencia renal) y en la detección de reacciones adversas, todo ello con la finalidad de decidir si es necesario continuar o retirar alguno de estos medicamentos (desprescripción). Además del juicio clínico, se empleará como herramienta explícita los criterios STOPP (Criterios STOPP-STAR). El objetivo principal será el de mejorar la seguridad del paciente crónico complejo mediante la suspensión de medicación que no necesite así como la detección y resolución de reacciones adversas. Otros objetivos serán los de mejorar la adherencia al tratamiento y su calidad de vida.

MÉTODO
Se realizará en la consulta de la unidad ubicada en la 4ª planta izquierda donde a partir de la 2ª consulta, se realizará una revisión clínica de la medicación y detección de posibles reacciones adversas, priorizando

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

la retirada de medicamentos sospechosos de haber ocasionado la reacción adversa o ya no estén indicados. Se elaborará un informe escrito que se facilitará al paciente y/o cuidador principal además de la explicación verbal de los motivos por los que se suspende y los posibles efectos adversos derivados de su suspensión, procurando resolver las dudas que puedan aparecer de esta acción. En las siguientes visitas, se evaluará la situación clínica del paciente con el fin de detectar problemas derivados de su suspensión como un efecto rebote, la reaparición de la enfermedad subyacente o un síndrome de retirada.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes atendidos en la Unidad en los que se ha realizado una revisión de su tratamiento farmacológico con aplicación de los criterios STOPP.
- Porcentaje de pacientes en los que se ha realizado modificación de su tratamiento farmacológico habitual.
- Porcentaje de pacientes en los que se han detectado la aparición de problemas derivados de la modificación de tratamiento.
- Se elaborará un informe que contenga los resultados de los indicadores previamente expuestos y además, los grupos de fármacos que más frecuentemente han motivado su modificación/suspensión

DURACIÓN

Inicio el 1 de junio del 2018 con duración de 1 año en total, realizando un primer subanálisis a los 6 meses del comienzo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0154

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE MONICA VALDERRAMA RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUSTOS MORELL CRISTINA
SAHUN GARCIA ELISA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2018 se ha mejorado el circuito de vacunación a pacientes de riesgo de inmunosupresión, en fase de prevención o ya en fase de inmunosupresión establecida, ya esté producida por patologías o por fármacos. Medicina Preventiva ha ampliado el protocolo de vacunaciones a este tipo de pacientes incluyendo a los procedentes de Neurología (Esclerosis múltiple) y ampliando la oferta de vacunaciones a los pacientes de Nefrología (Insuficiencia renal crónica avanzada, en fase de prediálisis o ya en terapia sustitutiva, así como los pacientes candidatos a trasplante renal).
Farmacia ha establecido en el Centro Sanitario Bajo Cinca una consulta de recepción de los informes con las prescripciones de vacunas y los gestiona directamente con Farmacia del Hospital de Barbastro el suministro de las citadas vacunas, evitando a los pacientes el desplazamiento hasta el Hospital de Barbastro y proporcionando mayor seguridad al evitar problemas en la cadena de frío de las vacunas.
Se ha implementado en la Historia clínica electrónica la interconsulta virtual de Atención Primaria con Medicina Preventiva, siendo vehículo tanto para consulta de dudas como de remisión de solicitudes de vacunación.
Se está a la espera de la implementación de la consulta física cuando haya disponibilidad de recursos materiales y espacio y así lo disponga la Dirección del Hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores al estar relacionados con la implementación de consulta estructural no se han cumplido porque la consulta no se podido todavía iniciar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mejora en el protocolo de vacunaciones ampliando la oferta de vacunaciones consensuada con diversas especialidades, Farmacia y Preventiva mejorando así el estado de salud de los pacientes y la equidad respecto a otros hospitales del SALUD, la mejora en la accesibilidad a Preventiva por parte de Primaria para remisión de solicitudes y resolución de dudas a través de la implementación de la interconsulta virtual, mejorando la eficiencia al disminuir la inversión de tiempo en localizar telefónicamente a la preventivista, pérdidas de solicitudes escritas así como evitar interrupciones del trabajo ordinario, la mejora en la seguridad clínica de los pacientes y en la calidad de la atención a los mismos al evitar un desplazamiento importante a los pacientes de la zona de Fraga gestionando directamente entre las Farmacias del Centro Sanitario Bajo Cinca y el Hospital de Barbastro ha sido posible gracias al interés personal de los equipos que conforman tanto los Servicios de Farmacia como de Preventiva, contando con la inestimable colaboración de Atención Primaria.
Queda pendiente como mejora conseguir la estructura y recursos necesarios para poder implementar la consulta y poder gestionar de manera integral todo el proceso de vacunación aumentando aún más la seguridad del paciente y mejorando la eficiencia de los servicios hospitalarios implicados y de Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/154 ===== ***

Nº de registro: 0154

Título
IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO

Autores:
VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA, BUSTOS MORELL CRISTINA, SAHUN GARCIA ELISA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0154

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías y prescripciones susceptibles de producir inmunosupresión
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente hay un circuito implementado por parte de Medicina Preventiva, Farmacia y Atención Primaria para vacunar a pacientes de riesgo. Cuando hay un paciente susceptible de vacunación según el protocolo de Medicina Preventiva, Primaria y Especializada hospitalaria solicitan valoración a Preventiva, la cual realiza los informes con la información obtenida por intranet hospitalaria e historia clínica electrónica; Farmacia suministra las vacunas a los pacientes directamente como pacientes externos, previamente Primaria confirma la información recogida electrónicamente directamente con el paciente por si hay registros en papel que desconoce Preventiva y, administra las vacunas que Farmacia le dispensa al paciente.

Al no poder historiar al paciente directamente, se han detectado las siguientes incidencias:

1. No se puede contrastar la información ni tomar decisiones teniendo que redactar los informes con instrucciones condicionales, lo que conlleva aumento de la carga de trabajo para Preventiva y Primaria.
2. Farmacia ha visto aumentada su carga de trabajo y no siempre acuden los pacientes con las serologías realizadas previamente a las vacunaciones o con la información cotejada por parte del médico de Primaria.
3. No se tiene la seguridad de que los pacientes conserven la cadena de frío necesaria para que las vacunas no pierdan eficacia.
4. Primaria también ve incrementado su trabajo asistencial así como presenta dudas sobre la administración de vacunas que revierten en consultas a Preventiva tanto telefónicas como telemáticas.

Todo ello hace que se hayan detectado oportunidades de mejora a todos los niveles si se implanta consulta de vacunación en nuestro hospital.

El incremento de pacientes en estado de inmunosupresión, bien por patologías o por prescripción de tratamientos inmunosupresores, cada vez más agresivos, y la necesidad del resto de especialistas de cumplir con las indicaciones de vacunación recomendadas tanto por parte de los laboratorios productores de dichos fármacos y sus sociedades médicas, ha hecho que se incremente la solicitud de vacunación, y pasemos en 2016 de 120 informes realizados, a 230 en 2017, aproximadamente el doble.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la implantación de la consulta se conseguiría:

1. Una mejora de la gestión del proceso en el paciente, ya que sería una gestión integral por parte de Medicina Preventiva, controlando todo el proceso, desde la prescripción hasta la administración y controles posteriores.
 2. Una mejora en seguridad del paciente respecto a la conservación y suministro de las vacunas, manejo de las administraciones, así como supervisión de los controles analíticos.
 3. Un incremento y mejora de la oferta de la cartera de servicios del hospital, ya que el Hospital de Barbastro junto con el Hospital Provincial de Zaragoza son los únicos hospitales de agudos del Salud que no tienen consulta de vacunación -el Provincial de Zaragoza los remite al Hospital Royo Villanova- mejorando por ende la imagen del hospital.
- Población diana: toda la población del Sector de Barbastro en riesgo de inmunosupresión, por patología o por fármacos, susceptible de vacunación.

MÉTODO

Implementar consulta de vacunación en el Hospital con la colaboración de Farmacia, valorando necesidades de cobertura y almacenamiento.

INDICADORES

Indicador de monitorización de proyecto:

- implementación de consulta. Estándar SI

Indicador de resultados:

- porcentaje de pacientes con gestión integral del programa de vacunaciones: nº de pacientes que concluyen el programa de vacunaciones en consulta de Preventiva / nº de pacientes que inician programa de vacunaciones en consulta de Preventiva. Estándar >90%

DURACIÓN

Implementación en 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0154

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1171

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA SAGRARIO BALDA MANZANOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALDEERRAMA RODRIGUEZ MONICA
ARAZO SOLANA EVA
BUIL TORO MARIA LUZ
CORONAS JUSTE MARIA DOLORES
GAIRIN NICOLAU OTILIA
LARRAMONA BALLARIN RITA
RASO BUERBA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha hecho una revisión de las vacunaciones adecuadas para la población diana, que incluye a pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, que reciben hemodiálisis o que van a ser subsidiarios de recibir diálisis o un trasplante renal, en el área de Barbastro.

Se ha establecido el calendario vacunal apropiado para cada paciente, en función de sus susceptibilidades y en previsión de su posible terapia renal sustitutiva. Realizando una evaluación de la respuesta inmunológica y necesidad de recuerdo de vacunación.

Se ha desarrollado un documento de vacunaciones recibidas para registro y posterior comunicación con Atención Primaria. Dicho formulario ha sido incluido en documentos oficiales de Enfermería de Nefrología del Hospital de Barbastro, aunque no se ha precisado su utilización debido a que, por motivos inesperados, la administración de vacunas no ha podido realizarse en el Hospital de Barbastro, realizándose a través de Atención Primaria.

Se ha desarrollado un protocolo que incluye la prevención estructurada para dichos pacientes con un circuito claro y accesible, que interconecta Atención Especializada (Nefrología y Medicina Preventiva) y Atención Primaria.

Se ha realizado registro de vacunas administradas y de pacientes que han recibido las apropiadas medidas preventivas en el tiempo y marco adecuados.

Enfermería del Servicio de Hemodiálisis ha colaborado en la recepción de vacunas, manteniéndolas en su adecuado estado hasta que el paciente pudiera recogerlas para su posterior administración en su Centro de Salud. Así como ha facilitado la información necesaria para el conocimiento de vacunaciones administradas a cada paciente con anterioridad al proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha establecido una prevención estructurada en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) en el área de Barbastro.

Desde su puesta en marcha, la vacunación de dichos pacientes se ha regularizado y se han mejorado tanto la información a los pacientes como la adecuación del momento de vacunación y dispensación de vacunas, con la colaboración del Servicio de Farmacia.

Se ha conseguido que aquellos pacientes que tienen mayor susceptibilidad de contraer infecciones, por su condición de inmunodeprimidos, hayan recibido vacunas de acuerdo a los estándares que recomiendan las Guías Nacionales.

Al realizar esta revisión y protocolización, se ha conseguido alcanzar una gran mejora en la prevención de nuestros pacientes, siendo aquellos subsidiarios de recibir un trasplante renal vacunados en tiempo preciso y permitiendo que aquellos que inician hemodiálisis, lo hagan en las mejores condiciones posibles.

Se ha alcanzado el 100% de pacientes vacunados de acuerdo a los estándares recomendados. El calendario vacunal de cada paciente ha quedado registrado en su historia correspondiente en Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado el estado inmunológico del paciente con ERCA, que encontrándose dentro del grupo de pacientes inmunodeprimidos y por la complejidad clínica que presentan en la mayoría de los casos, no siempre reciben la prevención en tiempo y dosis adecuada.

Se ha objetivado una mejora del conocimiento sobre prevención en los Servicios implicados del Hospital de Barbastro, que repercute en la mejora de salud y atención a nuestros pacientes.

A destacar el elevado porcentaje de pacientes que han podido recibir vacunas acorderamente y por ello, mejorar la situación inmunológica de acuerdo con las recomendaciones por los estándares nacionales e internacionales.

El desarrollo del programa ha sido adecuado al tiempo previsto, quedando abierta la mejora de realizar la administración de vacunas en el ámbito de Atención Especializada para no saturar Atención Primaria.

La comunicación con el Servicio de Farmacia ha sido muy accesible y facilitadora.

Se agradece la colaboración a los Servicios de Atención Primaria.

Se recomienda la valoración de implementación en otros centros, estableciendo protocolos propios adecuándose

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1171

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

a los recursos del mismo.

7. OBSERVACIONES.

Dada la limitación del número de componentes del equipo de mejora, no ha sido posible incluir al personal de enfermería de hemodiálisis completo, que ha participado en el proyecto. Se agradecería su inclusión:
CAROLINA LACORT CASTRO, MARIA JESUS LATORRE SANVICENTE, CONCEPCIÓN SAGARRA NADAL Y LAURA MORA ROLDÁN

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1171 ===== ***

Nº de registro: 1171

Título
ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

Autores:
BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO, VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA, ARAZO SOLANA EVA, BUIL TORO MARIA LUZ, CORONAS JUSTE MARIA DOLORES, GAIRIN NICOLAU OTILIA, LARRAMONA BALLARIN, RASO BUERBA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC) tienen mayor riesgo de hospitalización por infecciones que la población general, y en España las enfermedades infecciosas son las causantes del 15% al 20% de las muertes de enfermos en diálisis. Entre las infecciones que presentan mayor riesgo para estos pacientes se encuentran algunas que son prevenibles mediante vacunas, como la hepatitis B, las infecciones neumocócicas y la gripe.

La vacunación de pacientes en insuficiencia renal debe enmarcarse dentro de las estrategias de vacunación de los adultos. De modo genérico, el ámbito natural de vacunación de los adultos es la atención primaria de salud; sin embargo, no deben desaprovecharse otras oportunidades para mejorar las coberturas mediante la vacunación en otros ámbitos. En el caso de pacientes con patologías de cierta complejidad como son aquellos con insuficiencia renal crónica avanzada, que es posible que precisen diálisis o trasplante renal, la inmunización en el ámbito de la atención especializada resulta necesaria para conseguir mejores coberturas y seguimiento.

La vacunación precoz de pacientes con deterioro progresivo de la función renal tiene capital importancia, por las siguientes razones:

- La respuesta a la vacunación es mejor si se realiza en estadios más precoces de ERC por una más favorable situación del sistema inmune.
- Protección frente a potenciales situaciones de riesgo, como es la exposición en el ambiente hospitalario y en el de hemodiálisis.
- Posibilidades de empleo de vacunas atenuadas, genéricamente contraindicadas tras el trasplante renal, que se realizará en buena proporción de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar la respuesta a las vacunas y establecer una prevención estructurada en los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, que serán potencialmente subsidiarios de recibir diálisis o trasplante renal.

MÉTODO

Actividades del FEA Nefrología-Preventiva:

- Establecimiento del calendario vacunal apropiado y prescripción de vacunas para cada paciente, en función de sus susceptibilidades y en previsión de su posible terapia renal sustitutiva futura.
- Evaluación de la respuesta inmunológica y necesidad de recuerdo de vacunación.
- Evaluación del registro de base de datos.

Actividades de Enfermería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1171

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

- Administración de vacunas prescritas
- Registro del calendario vacunal en la historia del paciente y en base de datos.

INDICADORES

Registro de actividad realizada con periodicidad trimestral en base de datos.

DURACIÓN

Fecha de inicio: Mayo 2018

Fecha de evaluación: periodicidad anual.

OBSERVACIONES

Dada la limitación del número de componentes del equipo de mejora, no ha sido posible incluir al personal de enfermería de hemodiálisis completo, que participará en el proyecto.

Serán componentes participativos: CAROLINA LACORT CASTRO, MARIA JESUS LATORRE SANVICENTE, CONCEPCIÓN DAGARRA NADAL Y LAURA MORA ROLDÁN, en adición de los previamente incluidos.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1474

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA MORA ROLDAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAMOS ESPAÑOL PILAR
RASO BUERBA TERESA
GAIRIN LACAMBRA MARIA
SAMPER ENCINAS NURIA
LATORRE SANVICENTE MARIA JESUS
ARAZO SOLANA EVA
GAIRIN NICOLAU OTILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado una gradación del estado del orificio del catéter permanente en los pacientes portadores de dicho acceso vascular en hemodiálisis.

Se han recogido fotografías de orificios de catéter central para desarrollar los diferentes grados o estadios por el personal de enfermería de hemodiálisis y facilitar comunicación en el servicio.

Se han realizado curas del orificio del catéter en cada sesión. Semanalmente curas con clorhexidina y curas por sesión con suero fisiológico. Se han recogido frotis de orificios de catéteres centrales en el momento en el que se han detectado signos incipientes de infección, como exudado y/o enrojecimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha validado un sistema de grados de infección relacionada con el catéter venoso central permanente de hemodiálisis. Ello ha facilitado la comunicación entre los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de Barbastro. Dicho estadiaje ha permitido evitar bacteriemias subsiguientes, habiendo detectando de manera temprana infecciones incipientes en el orificio del catéter central de hemodiálisis. Los cuidados aplicados en cada sesión y la aplicación del tratamiento de forma temprana en el caso de la identificación de alteraciones, han permitido obtener una adecuación del cuidado del catéter central de acuerdo a los estándares y recomendaciones de las Guías Nacionales.

Nos hubiera gustado establecer un protocolo de registro en las historias clínicas y valorar el recuento total de frotis obtenidos, pero no ha sido posible la implementación del sistema de grados por corto espacio de tiempo para desarrollo del proyecto.

La densidad de incidencia de bacteriemia relacionada con el catéter venosos tunelizado ha sido de cero.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados son muy positivos, habiendo obtenido un porcentaje nulo de bacteriemia, lo que pone de manifiesto el control minucioso de dichos accesos por el personal de enfermería de hemodiálisis de Barbastro.

Dado el corto periodo de tiempo para la implementación del sistema de grados, creemos beneficioso continuar con este proyecto para continuar la mejora de la atención a nuestros pacientes de hemodiálisis.

En conclusión, la valoración y protocolización de grados del orificio son convenientes para mantener unos porcentajes de bacteriemia como los actuales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1474 ===== ***

Nº de registro: 1474

Título
EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS

Autores:
MORA ROLDAN LAURA, BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO, RASO BUERBA TERESA, RAMOS ESPAÑOL PILAR, RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA, LACORT CASTRO CAROLINA, GAIRIN LACAMBRA MARIA, SAMPER ENCINAS NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS
Línea Estratégica .: Crónico complejo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1474

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La utilización de catéteres venosos centrales (CVC) ha aumentado progresivamente en los pacientes en hemodiálisis (HD); sin embargo, van asociados a mayores complicaciones, tanto trombóticas como infecciosas. Por eso es necesario y recomendable, de acuerdo con las guías nacionales, el manejo y seguimiento por personal especializado en hemodiálisis, que realice los cuidados pertinentes, tanto diarios como de las complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
- Evitar y detectar de manera temprana las infecciones asociadas al catéter central en los pacientes de hemodiálisis en el Servicio de Hemodiálisis de Barbastro.
- Elaborar y validar un sistema de gradación sobre el estado del orificio y túnel del catéter de hemodiálisis.

MÉTODO
- Elaborar y validar un sistema de gradación sobre el estado del orificio y túnel del catéter de hemodiálisis para aplicar en las sesiones diarias y el trabajo en equipo del departamento de hemodiálisis.

INDICADORES
- Densidad de incidencia de bacteriemia relacionada con el catéter venoso tunelizado (número de bacteriemias relacionadas con el catéter venoso tunelizado/1.000 días de uso del catéter venoso tunelizado)

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio Junio 2018.
Fecha prevista de finalización Junio 2019.
Desarrollo del sistema de gradación por Enfermería de Hemodiálisis (Junio-Octubre 2018)
Evaluación del tratamiento de infecciones por FEA Nefrología, hasta fecha de finalización.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0823

1. TÍTULO

ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLÓGICA

Fecha de entrada: 03/03/2019

2. RESPONSABLE ERICA LEON SUBIAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VIÑADO MAÑES CLARA MARIA
GARCIA SOLANS MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este periodo hemos realizado una recopilación de los pacientes diagnosticados de asma grave en tratamiento activo con terapias biológicas (Omalizumab, Mepolizumab y Reslizumab) y hemos ido incluyendo de manera progresiva a aquellos que han iniciado alguna de estas terapias de novo.

Tras la recopilación, en todos ellos se ha llevado a cabo una primera consulta que hemos denominado consulta 0. En esa consulta se ha realizado una entrevista clínica completa con valoración de las pruebas complementarias realizadas hasta el momento, aplicando una plantilla que, por bloques, nos permite una clasificación fenotípica del paciente.

En primer lugar, comprobamos el diagnóstico de asma (Se estima que entre un 12 y un 30 % de los pacientes con sospecha de AGNC no tienen asma) en el caso de pacientes que ya estaban en tratamiento. Se realiza una completa anamnesis y exploración física. En base a eso se postula un fenotipo de asma grave apoyándonos en las pruebas complementarias realizadas hasta el momento. En el caso de pacientes "de novo" es en esta consulta, antes del inicio del tratamiento, cuando se solicitan las pruebas necesarias que básicamente son: espirometría con prueba broncodilatadora, prueba de imagen (radiografía de tórax y/o TAC torácico), pruebas microbiológicas (cultivo de esputo) y analítica sanguínea (incluyendo bioquímica básica, niveles de inmunoglobulinas, autoinmunidad, marcadores inflamatorios, hemograma y hemostasia). En esa misma consulta se realizan cuestionarios ACT, Epworth y Nigmején.

Se procede entonces a la identificación de factores externos que impiden un buen control:

- Aspectos del paciente: nivel de adherencia terapéutico, apropiada técnica de inhalación.
- Comorbilidades y agravantes.
- Desencadenantes de exacerbaciones. Como la exposición a alérgenos, agentes ocupacionales, patógenos infecciosos, contaminantes, tóxicos, fármacos como el ácido acetilsalicílico y AINES.

Finalmente, establecemos el fenotipo de asma grave. En el caso de los pacientes que ya se encontraban en tratamiento activo, hemos hecho una reevaluación del mismo (teniendo en cuenta las nuevas indicaciones, efectos secundarios y la aparición de nuevos fármacos) para decidir si continuar, modificar o suspender. En el caso de pacientes "de novo" esta reevaluación se irá llevando a cabo progresivamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el momento actual, se ha recopilado un total de 24 pacientes con AGNC en tratamiento biológico. Tras la instauración de este proyecto, se ha retirado por ineficacia la terapia a uno de los pacientes y se ha modificado a 2 de ellos. En uno de los casos se trataba de una paciente con asma eosinofílica de inicio tardío con escasa respuesta a omalizumab en la que se ha llevado el cambio a mepolizumab, con gran mejoría en los cuestionarios de calidad de vida y disminución de agudizaciones. En el otro caso, se trata de un asma alérgico, que presentó reacción adversa a omalizumab motivo por el que se encuentra en la actualidad con Reslizumab (pendiente de primera valoración de eficacia). Se trata de la única reacción adversa grave descrita en esta área desde el inicio de dichas terapias. En los próximos meses procederemos a la modificación de terapia en, al menos, otros tres pacientes más por ineficacia.

De los pacientes recopilados, 2 se encuentran en tratamiento por otra causa no asma bronquial: poliposis nasosinusal. De los 22 restantes, 15 presentan un fenotipo alérgico, 2 un fenotipo eosinofílico de inicio tardío y, consideramos que, los 5 restantes un fenotipo mixto. El 41,6% son varones (n=10), con una edad media de 65 años. Cabe destacar que el 33,3% de los pacientes (n=8) son exfumadores.

Del total de pacientes, 13 (54%) de ellos no habían sido valorados en consulta desde hacía al menos un año y, consecuentemente, tampoco se habían hecho las valoraciones pertinentes en cuanto a la terapia activa. Por otro lado, llama la atención que 8 pacientes (33,3%) no cumplían adecuadamente con el tratamiento broncodilatador asociado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El llevar a cabo este proyecto no ha supuesto inversión económica. Simplemente se ha intentado realizar una recanalización de pacientes que, por definición, son graves y complejos y se encuentran con terapias de difícil manejo y alto coste. Creemos que la instauración de un programa para el paciente con asma grave va a permitir un mejor manejo y enfoque de la terapia necesaria. Debido a motivos ajenos al servicio, estos pacientes han estado un tiempo muy prolongado sin adecuado seguimiento médico, lo cual se ve reflejado en los datos. El hecho de haber iniciado este programa, educar al paciente y reevaluar la terapia instaurada ha mejorado tanto su calidad de vida como el número de agudizaciones y, por lo tanto, visitas a urgencias y/o ingresos si bien, estos son datos que no podemos ofrecer por el momento de manera objetiva ya que todavía no se ha llevado a cabo el análisis pertinente. Nuestro objetivo sería continuar con este programa para dar una mejor asistencia al paciente con asma grave, llegando a conseguir una consulta específica ya que necesitan más tiempo de atención y seguimiento y una frecuencia entre visitas mucho mayor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0823

1. TÍTULO

ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLÓGICA

7. OBSERVACIONES.

En el mes previo fue aprobada por la aemp una nueva terapia biológica para pacientes con asma grave fenotipo eosinofílico, benralizumab. Los resultados de los ensayos clínicos en los que se basa dicha aprobación son prometedores y tenemos altas expectativas puestas en este tratamiento sobre todo para pacientes con fenotipo eosinofílico y corticodependientes. Por el momento no hemos iniciado esta terapia en ningún paciente pero tenemos firmes candidatos a ello.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/823 ===== ***

Nº de registro: 0823

Título
ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLÓGICA

Autores:
LEON SUBIAS ERICA, GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, GARCIA SOLANS MERCEDES, MARTIN ALOS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: ASMA GRAVE
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes con asma grave no controlada (AGNC) requieren múltiples fármacos y a altas dosis. Supone un gran consumo de recursos. En España, un paciente con asma supone un coste anual de 1950 €/paciente llegando a 2728 € en asma grave.
En los últimos escalones de las guías de práctica clínica está aprobado el uso de terapias biológicas en este grupo de pacientes las cuales han demostrado un buen control de síntomas, mejora en la calidad de vida y además son coste-efectivas. Sin embargo, en nuestro hospital, la cifra de pacientes con AGNC se encuentra infraestimada. Hemos detectado en la práctica diaria, una gran incidencia de esta patología. Realizamos una búsqueda de los pacientes con este criterio no llegando a una n clara debido a falta de codificación de la misma. Por otro lado, contamos con el registro de pacientes con terapias biológicas (2 pacientes con mepolizumab y, al menos, 13 con omalizumab) que se encuentra desactualizado. Del mismo modo, estos pacientes llevan un seguimiento errático.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto radica en filiar todos los AGNC de nuestro área así como reevaluar aquellos en tratamiento con terapia biológica para optimizar la terapia ya que muchos de ellos llevan varios años en tratamiento con seguimiento errático debido a circunstancias organizativas del servicio.
Los resultados que esperamos conseguir son: 1) un "cribado" de AGNC y un ajuste terapéutico de dichos pacientes, 2) reevaluación de todos aquellos pacientes en tratamiento con terapia biológica y consideración de su continuidad/discontinuidad, efectividad o no., 3) creación de una consulta específica para pacientes con AGNC como paso previo a derivaciones a unidades de referencia de esta u otras comunidades.

MÉTODO
Para alcanzar los objetivos propuestos, queremos citar a todos aquellos pacientes en tratamiento con terapias biológicas, realizar una reevaluación desde 0 y realizar un correcto ajuste terapéutico. También queremos citar a todos aquellos pacientes con asma en los que sospechamos un asma grave para valorar el inicio o no de terapia biológica.
Hemos creado un modelo de "Primer día" para estos pacientes y establecido un plan de actuación de su seguimiento en la consulta.

INDICADORES
Queremos filiar (hacer un correcto diagnóstico) a todos los pacientes con asma grave. En cuanto a aquellos con terapia biológica, queremos confirmar la continuación o no de la terapia biológica. Para ello, tendremos en cuenta efectos secundarios, reacciones adversas, nº agudizaciones y/o visitas a urgencias, necesidad de corticoterapia oral.

DURACIÓN
Inicio: junio-julio 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0823

1. TÍTULO

ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLÓGICA

Fin: marcado por el nº de pacientes a citar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0886

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE CLARA MARIA VIÑADO MAÑES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LEON SUBIAS ERICA
SOLANS GARCIA MERCEDES
MARTIN ALOS PILAR
CASTILLO LASIERRA AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un total de 230 poligrafías cardiorrespiratorias domiciliarias desde el 2 de Mayo hasta la fecha. Disponemos de un polígrafo Alice PDX cedido por la empresa Esteve-Teijin.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los servicios que han solicitado esta prueba fueron: en su gran mayoría, Neumología con un total de 218 pruebas, por parte de Cardiología 11 pruebas y por parte de Medicina Interna 1 prueba. En cuanto a la severidad de la patología diagnosticada (síndrome de apnea-hipopnea del sueño), se han diagnosticado 175 severos, 26 moderados y 29 leves. Se ha disminuido la lista de espera de aproximadamente 14 meses a 5 meses. Todos estos datos se han obtenido de la historia clínica electrónica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de poligrafías cardiorrespiratorias por parte del personal médico de Neumología ha supuesto un importante descenso en la lista de espera de estas pruebas y ha descendido notablemente el número de consultas para dar su resultado puesto que el mismo día de entrega del aparato, se valora al paciente y se les informa de su patología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/886 ===== ***

Nº de registro: 0886

Título
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

Autores:
VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, GARCIA CARRASCAL YOJANA, SOLANS GARCIA MERCEDES, MARTIN ALOS PILAR, CASTILLO LASIERRA AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El síndrome de apnea - hipopnea del sueño afecta al 20% de la edad adulta. Se trata de una patología infradiagnosticada, aunque en los últimos años, el mayor conocimiento de patologías asociadas al sueño y las evidencias científicas de su trascendencia sobre la salud, han generado un aumento en la solicitud de estudios para su diagnóstico. Inicialmente estas demandas procedían principalmente de la consulta de Neumología pero actualmente, y cada vez más, surgen de otras especialidades tales como Cardiología, Neurología u Otorrinolaringología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0886

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOSES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

Todo ello nos ha hecho plantearnos de qué modo podemos diagnosticar de forma precoz esta patología e iniciar tratamiento si lo precisa lo antes posible.

Hasta el momento, las poligrafías cardiorrespiratorias domiciliarias en el Hospital de Barbastro eran realizadas por enfermería perteneciente a la empresa Esteve-Teijin, hasta completar un total de 90 estudios al año (lo pactado en el contrato), número que se aleja mucho de la cantidad de peticiones que recibimos en nuestra consulta. El resto, se derivaban al Hospital San Jorge, lo que conllevaba un aumento en la lista de espera de este hospital y la obligación de nuestros pacientes a desplazarse a este hospital, motivo por el cual, muchos rechazaban su realización.

La empresa Esteve-Teijin ha dotado recientemente al servicio de Neumología del Hospital de Barbastro con un polígrafo Alice PDx para que el equipo médico pueda realizar sus propias poligrafías tanto en pacientes ambulatorios como hospitalizados.

Nuestro planteamiento es el siguiente: en aquellos ambulatorios, el paciente será citado en la consulta de Neumología donde un sanitario le explicará cómo debe ponerse el aparato esa misma noche para un correcto registro en su domicilio; al día siguiente, el paciente deberá devolverlo a la consulta. Se procederá a su lectura, corrección y realización de informe del estudio y seguidamente, se comunicará al paciente el resultado y la decisión de iniciar o no tratamiento con terapias respiratorias domiciliarias si el sanitario así lo considere.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminución de la lista de espera para realización de una poligrafía cardiorrespiratoria domiciliaria.
Priorización de pacientes pendientes de poligrafía, atendiendo a sus características clínicas y socio-laborales.
Disminución del número de consultas para obtención de resultados de la poligrafía, ya que el día de la entrega del aparato se comunicará el resultado del registro.

Disminución de la derivación de pacientes a otros hospitales.

MÉTODO

Cesión por parte de la empresa Esteve-Teijin de un polígrafo Alice PDx y de los fungibles necesarios para su funcionamiento.
Instalación del software en los ordenadores de la consulta de Neumología.
Obtención de un lector de tarjetas de memoria.
Revisión y priorización de los pacientes en lista de espera.
Historia clínica del paciente, enseñanza del manejo del dispositivo para su correcto registro, descarga de datos al día siguiente y emisión de informe.
Evaluación de resultados.

INDICADORES

Registro correcto de datos, válido para la emisión del informe.
Grado de severidad de la patología.
Indicación de tratamiento tras resultado de la prueba.
Especialidad que solicita la prueba.
Reducción de lista de espera.

DURACIÓN

Esta actividad ya ha comenzado con fecha de 2 de Mayo de 2018. No hay fecha prevista de finalización.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

1. TÍTULO

CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ENITH YOJANA GARCIA CARRASCAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA
LEON SUBIAS ERICA
GARCIA SOLANS MERCEDES
PILAR MARTIN MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas: A los pacientes mayores de 35 años remitidos a la consulta de neumología para estudio de cualquier patología respiratoria diferente a la EPOC se les pregunto durante la entrevista clínica si habían tenido exposición al tabaco o biomasa, también se les pregunto por síntomas respiratorios, si cumplía con estos 3 criterios se les pedía una espirometría con prueba broncodilatadora para confirmar/descartar EPOC. Una vez hecho el diagnóstico de EPOC se ofrecía tratamiento médico temprano y se educaba al paciente en EPOC y el uso de los inhaladores.

Calendario marcado: Los datos fueron recogidos desde enero de 2018 a enero de 2019

Recursos empleados: Espirómetro

Los datos del proyecto fueron almacenados en una tabla de Excel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 55 pacientes fueron incluidos (4 mujeres y 51 hombres)

Los motivos por los cuales fueron derivados a la consulta de neumología fueron: infección respiratoria (4 pacientes), esputos hemoptoicos (3 pacientes), Nódulo Pulmonar Solitario (5 pacientes), masa pulmonar (2 pacientes), posible sarcoidosis (1 paciente), posible Hipertensión pulmonar (1 paciente), posible síndrome de apneas del sueño (39 pacientes)

De los 55 pacientes 24 eran fumadores y 31 eran exfumadores.

De los 55 pacientes incluidos 16 no tenían realizada la espirometría

De los 39 pacientes a los que se le realizo la espirometría con prueba broncodilatadora un total de 10 fueron diagnosticados de EPOC, de los cuales 2 eran grave, 6 leve y 2 moderado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mortalidad global en los pacientes diagnosticados de EPOC depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico, la EPOC es una enfermedad infradiagnosticada porque el paciente no consulta hasta que es clínicamente evidente y moderadamente avanzada, en nuestro estudio se pudo cribar 55 pacientes, diagnosticando de EPOC a 10 de ellos, de los cuales 2 eran graves y 2 moderados, lo que refleja la importancia de realizar un cribado de EPOC y la detección temprana de esta enfermedad crónica cada día más prevalente.

Sería importante realizar con más presura la espirometría ya que un total de 16 pacientes aun tenían las pruebas pendientes.

Recordar que según las guías de práctica clínica GesEPOC para realizar un cribado de EPOC se precisa de edad mayor de 35 años, un índice acumulado de tabaco año mayor de 10 y de síntomas respiratorios, teniendo en cuentas estos tres criterios el cribado de EPOC será más eficaz.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/889 ===== ***

Nº de registro: 0889

Título
CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Autores:
GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, CASTILLO LASIERRA AMPARO, GARCIA SOLANS MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

1. TÍTULO

CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La EPOC es una enfermedad respiratoria caracterizada por síntomas persistentes y limitación crónica al flujo aéreo, producidas por una exposición significativa a partículas nocivas o gases. Los síntomas persistentes son la disnea, tos y expectoración, que suelen instaurarse de manera progresiva. La limitación al flujo aéreo viene reflejada por una disminución del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y de la relación FEV1/capacidad vital forzada (FVC), que se mide mediante la espirometría y que no es totalmente reversible, lo cual se demuestra por la persistencia de una relación FEV1/FVC menor de 0.70 a pesar de realizar una prueba broncodilatadora. Esta obstrucción es habitualmente progresiva, y que está relacionada con la respuesta inflamatoria anormal a partículas o gases nocivos. Con respecto a las partículas o gases nocivos hace referencia al humo del tabaco o los gases de combustión de biomasa. La EPOC causa al menos 2.9 millones de muertes al año. La mortalidad global en los pacientes diagnosticados de EPOC depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico. La morbilidad y el uso de recursos sanitarios asociado a la EPOC son elevados. La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada y por lo tanto infratratada. El infradiagnóstico de esta patología y la falta de conocimiento de esta enfermedad en la población general, ocasiona que un gran porcentaje de personas con síntomas respiratorios no solicite atención médica y no intente dejar de fumar. Por ello, la enfermedad no suele diagnosticarse, hasta que no es clínicamente evidente y moderadamente avanzada. La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada, puesto que los pacientes que fuman o son exfumadores consideran que sus síntomas como la disnea, la tos o la expectoración son secundarios al tabaco, y no consideran que podrían estar relacionados con una patología como es la EPOC. Es por esto que desde el servicio de Neumología vemos la necesidad de hacer un cribado de EPOC. El diagnóstico de la enfermedad se fundamenta en presencia de síntomas compatibles, exposición a un factor de riesgo de desarrollo de la enfermedad siendo el más frecuente el tabaco y obstrucción no reversible a los broncodilatadores demostrado por espirometría

RESULTADOS ESPERADOS

Diagnostico precoz de la EPOC.
Educar al paciente sobre la EPOC.
Educar al paciente sobre los efectos nocivos del tabaco.
Inicio de tratamiento médico precoz
Mejor control de la enfermedad.

MÉTODO

A los pacientes que son remitidos a la consulta de Neumología por posible EPOC o para estudio de otra patología respiratoria diferente a la EPOC, se les preguntará durante la entrevista clínica si han tenido exposición al tabaco o biomasa y síntomas respiratorios, si tiene estos dos criterios se procederá a la solicitud de espirometría con prueba broncodilatadora, en un posterior seguimiento se valorará el resultado de la espirometría y el diagnóstico o no de EPOC, una vez diagnosticado el paciente se le ofrecerá información sobre la enfermedad y se le educará en el uso de inhaladores si los precisa.

INDICADORES

Los pacientes con nuevo diagnóstico de EPOC.
Grado de severidad de la patología.
Instauración de tratamiento precoz.
Educación a la población en la relación que existe entre EPOC y el tabaco/biomasa.

DURACIÓN

Esta actividad se lleva realizando desde enero 2018 y se plantea continuar

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

1. TÍTULO

CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ENITH YOJANA GARCIA CARRASCAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA SOLANS MERCEDES
MARTIN ALOS PILAR
COSTA MENEN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas: A los pacientes mayores de 35 años remitidos a la consulta de neumología para estudio de cualquier patología respiratoria diferente a la EPOC se les pregunto durante la entrevista clínica si habían tenido exposición al tabaco o biomasa, también se les pregunto por síntomas respiratorios, si cumplía con estos 3 criterios se les pedía una espirometría con prueba broncodilatadora para confirmar/descartar EPOC. Una vez hecho el diagnóstico de EPOC se ofrecía tratamiento médico temprano y se educaba al paciente en EPOC y el uso de los inhaladores.

Calendario marcado: Los datos fueron recogidos desde enero de 2018 a enero de 2019

Recursos empleados: Espirómetro

Los datos del proyecto fueron almacenados en una tabla de Excel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 55 pacientes fueron incluidos (4 mujeres y 51 hombres)

Los motivos por los cuales fueron derivados a la consulta de neumología fueron: infección respiratoria (4 pacientes), esputos hemoptoicos (3 pacientes), Nódulo Pulmonar Solitario (5 pacientes), masa pulmonar (2 pacientes), posible sarcoidosis (1 paciente), posible Hipertensión pulmonar (1 paciente), posible síndrome de apneas del sueño (39 pacientes)

De los 55 pacientes 24 eran fumadores y 31 eran exfumadores.

De los 55 pacientes incluidos 16 no tenían realizada la espirometría

De los 39 pacientes a los que se le realizo la espirometría con prueba broncodilatadora un total de 10 fueron diagnosticados de EPOC, de los cuales 2 eran grave, 6 leve y 2 moderado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mortalidad global en los pacientes diagnosticados de EPOC depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico, la EPOC es una enfermedad infradiagnosticada porque el paciente no consulta hasta que es clínicamente evidente y moderadamente avanzada, en nuestro estudio se pudo cribar 55 pacientes, diagnosticando de EPOC a 10 de ellos, de los cuales 2 eran graves y 2 moderados, lo que refleja la importancia de realizar un cribado de EPOC y la detección temprana de esta enfermedad crónica cada día más prevalente.

Sería importante realizar con más presura la espirometría ya que un total de 16 pacientes aun tenían las pruebas pendientes.

Recordar que según las guías de práctica clínica GesEPOC para realizar un cribado de EPOC se precisa de edad mayor de 35 años, un índice acumulado de tabaco año mayor de 10 y de síntomas respiratorios, teniendo en cuentas estos tres criterios el cribado de EPOC será más eficaz.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/889 ===== ***

Nº de registro: 0889

Título
CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Autores:
GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, CASTILLO LASIERRA AMPARO, GARCIA SOLANS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

1. TÍTULO

CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La EPOC es una enfermedad respiratoria caracterizada por síntomas persistentes y limitación crónica al flujo aéreo, producidas por una exposición significativa a partículas nocivas o gases. Los síntomas persistentes son la disnea, tos y expectoración, que suelen instaurarse de manera progresiva. La limitación al flujo aéreo viene reflejada por una disminución del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y de la relación FEV1/capacidad vital forzada (FVC), que se mide mediante la espirometría y que no es totalmente reversible, lo cual se demuestra por la persistencia de una relación FEV1/FVC menor de 0.70 a pesar de realizar una prueba broncodilatadora. Esta obstrucción es habitualmente progresiva, y que está relacionada con la respuesta inflamatoria anormal a partículas o gases nocivos. Con respecto a las partículas o gases nocivos hace referencia al humo del tabaco o los gases de combustión de biomasa.

La EPOC causa al menos 2.9 millones de muertes al año. La mortalidad global en los pacientes diagnosticados de EPOC depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico.

La morbilidad y el uso de recursos sanitarios asociado a la EPOC son elevados. La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada y por lo tanto infratratada.

El infradiagnóstico de esta patología y la falta de conocimiento de esta enfermedad en la población general, ocasiona que un gran porcentaje de personas con síntomas respiratorios no solicite atención médica y no intente dejar de fumar.

Por ello, la enfermedad no suele diagnosticarse, hasta que no es clínicamente evidente y moderadamente avanzada.

La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada, puesto que los pacientes que fuman o son exfumadores consideran que sus síntomas como la disnea, la tos o la expectoración son secundarios al tabaco, y no consideran que podrían estar relacionados con una patología como es la EPOC.

Es por esto que desde el servicio de Neumología vemos la necesidad de hacer un cribado de EPOC.

El diagnóstico de la enfermedad se fundamenta en presencia de síntomas compatibles, exposición a un factor de riesgo de desarrollo de la enfermedad siendo el más frecuente el tabaco y obstrucción no reversible a los broncodilatadores demostrado por espirometría

RESULTADOS ESPERADOS

Diagnóstico precoz de la EPOC
Educar al paciente sobre la EPOC.
Educar al paciente sobre los efectos nocivos del tabaco.
Inicio de tratamiento médico precoz
Mejor control de la enfermedad.

MÉTODO

A los pacientes que son remitidos a la consulta de Neumología por posible EPOC o para estudio de otra patología respiratoria diferente a la EPOC, se les preguntará durante la entrevista clínica si han tenido exposición al tabaco o biomasa y síntomas respiratorios, si tiene estos dos criterios se procederá a la solicitud de espirometría con prueba broncodilatadora, en un posterior seguimiento se valorará el resultado de la espirometría y el diagnóstico o no de EPOC, una vez diagnosticado el paciente se le ofrecerá información sobre la enfermedad y se le educará en el uso de inhaladores si los precisa.

INDICADORES

Los pacientes con nuevo diagnóstico de EPOC.
Grado de severidad de la patología.
Instauración de tratamiento precoz.
Educación a la población en la relación que existe entre EPOC y el tabaco/biomasa.

DURACIÓN

Esta actividad se lleva realizando desde enero 2018 y se plantea continuar

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

1. TÍTULO

CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0897

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ENITH YOJANA GARCIA CARRASCAL

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VIÑADO MAÑES CLARA MARIA
LEON SUBIAS ERICA
GARCIA SOLANS MERCEDES
MARTIN MARIA PILAR
COSTA MENEN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas: En el centro de especialidades de Monzón se reunieron dos enfermeras de respiratorio y realizaron a pacientes con EPOC severo actividades grupales de educación, uso de inhaladores y gimnasia respiratoria

Calendario marcado: 2018

Recursos empleados: espirómetro, materiales de gimnasia.

Los datos del proyecto fueron almacenados en una tabla de Excel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 24 pacientes realizaron la actividad durante el 2018, 2 mujeres y 22 hombres. Todos los pacientes estaban vacunados de antineumococcica y de gripe, así mismo todos los pacientes estaban con tratamiento farmacológico para la EPOC.

De los 24 pacientes, 7 estuvieron ingresados en el hospital por una agudización durante el 2018. De los 24 pacientes, 4 tuvieron exacerbaciones atendidas por su médico de atención primaria pero no ingresos al hospital. Un paciente falleció en 2018 por agudización de su patología respiratoria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gimnasia respiratoria mejora la calidad de vida del paciente EPOC.

El paciente se concientiza de la EPOC y el cumplimiento terapéutico aumenta.

Al conocer mejor la enfermedad el paciente detecta tempranamente los síntomas de una exacerbación, consulta tempranamente al médico de atención primaria y se evitan ingresos hospitalarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/897 ===== ***

Nº de registro: 0897

Título
ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

Autores:
GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, GARCIA SOLANS MERCEDES, MARTIN ALOS PILAR, CASTILLO LASIERRA AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC es una enfermedad progresiva, frecuentemente infradiagnosticada y con elevada morbimortalidad. Es una de las enfermedades respiratorias de mayor prevalencia e impacto socio-económico y además es la única enfermedad crónica cuya morbimortalidad mantiene

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0897

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

actualmente un incremento sostenido, estando su prevalencia e incidencia en continuo aumento. Es indispensable valorar los distintos elementos que se asocian a una peor o mejor evolución y hacer una clasificación pronóstica en función del riesgo futuro de eventos adversos, es decir la probabilidad que el paciente pueda presentar agudizaciones, progresión de la enfermedad, complicaciones, mayor consumo de recurso sanitarios, o mayor mortalidad. A mayor gravedad de la EPOC, mas agudizaciones y mayor consumo de recursos. La gravedad se puede estimar en base a la obstrucción (FEV1), pero existen otras variables como son la disnea o el impacto sobre la calidad de vida del paciente que ayudan a estimar el riesgo de la EPOC. Siendo la EPOC un problema de salud pública nos hace plantear estrategias para su mayor control. Por todo esto surge la necesidad de un control más riguroso de los pacientes con EPOC severo, con el fin de vigilar de forma más estrecha los síntomas, las agudizaciones y capacidad de esfuerzo, es decir la necesidad de estratificar el riesgo para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

-Conocer los factores pronósticos y su impacto en la frecuencia de exacerbaciones, deterioro funcional o mortalidad de los pacientes con EPOC severo

MÉTODO

Intervención farmacológica
Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación antineumococcica
Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación para la influenza
Aumentar la actividad física mediante gimnasia respiratoria
Educación al paciente en el uso de los inhaladores
Educación al paciente en la importancia de la EPO

INDICADORES

Utilización de la escala mMRC (Escala modificada del Medical Research Council) para medición de la disnea.
Utilización del CAT(CORP assessment test) para medición de la calidad de vida.
Ingresos hospitalarios y/o exacerbaciones tratadas por atención primaria.
Mortalidad.

DURACIÓN

Esta actividad lleva realizándose desde 2014 y se plantea continuar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0897

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE AMPARO CASTILLO LASIERRA

· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas: En el centro de especialidades de Monzón se reunieron dos enfermeras de respiratorio y realizaron a pacientes con EPOC severo actividades grupales de educación, uso de inhaladores y gimnasia respiratoria

Calendario marcado: 2018

Recursos empleados: espirometrías, materiales de gimnasia.

Los datos del proyecto fueron almacenados en una tabla de Excel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 24 pacientes realizaron la actividad durante el 2018, 2 mujeres y 22 hombres. Todos los pacientes estaban vacunados de antineumococcica y de gripe, así mismo todos los pacientes estaban con tratamiento farmacológico para la EPOC.

De los 24 pacientes, 7 estuvieron ingresados en el hospital por una agudización durante el 2018. De los 24 pacientes, 4 tuvieron exacerbaciones atendidas por su médico de atención primaria pero no ingresos al hospital. Un paciente falleció en 2018 por agudización de su patología respiratoria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gimnasia respiratoria mejora la calidad de vida del paciente EPOC.

El paciente se concientiza de la EPOC y el cumplimiento terapéutico aumenta.

Al conocer mejor la enfermedad el paciente detecta tempranamente los síntomas de una exacerbación, consulta tempranamente al médico de atención primaria y se evitan ingresos hospitalarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/897 ===== ***

Nº de registro: 0897

Título
ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

Autores:
GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, GARCIA SOLANS MERCEDES, MARTIN ALOS PILAR, CASTILLO LASIERRA AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC es una enfermedad progresiva, frecuentemente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0897

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

infradiagnosticada y con elevada morbimortalidad. Es una de las enfermedades respiratorias de mayor prevalencia e impacto socio-económico y además es la única enfermedad crónica cuya morbimortalidad mantiene actualmente un incremento sostenido, estando su prevalencia e incidencia en continuo aumento.

Es indispensable valorar los distintos elementos que se asocian a una peor o mejor evolución y hacer una clasificación pronóstica en función del riesgo futuro de eventos adversos, es decir la probabilidad que el paciente pueda presentar agudizaciones, progresión de la enfermedad, complicaciones, mayor consumo de recurso sanitarios, o mayor mortalidad.

A mayor gravedad de la EPOC, mas agudizaciones y mayor consumo de recursos.

La gravedad se puede estimar en base a la obstrucción (FEV1), pero existen otras variables como son la disnea o el impacto sobre la calidad de vida del paciente que ayudan a estimar el riesgo de la EPOC. Siendo la EPOC un problema de salud pública nos hace plantear estrategias para su mayor control.

Por todo esto surge la necesidad de un control más riguroso de los pacientes con EPOC severo, con el fin de vigilar de forma más estrecha los síntomas, las agudizaciones y capacidad de esfuerzo, es decir la necesidad de estratificar el riesgo para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

-Conocer los factores pronósticos y su impacto en la frecuencia de exacerbaciones, deterioro funcional o mortalidad de los pacientes con EPOC severo

MÉTODO

Intervención farmacológica

Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación antineumococcica

Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación para la influenza

Aumentar la actividad física mediante gimnasia respiratoria

Educación al paciente en el uso de los inhaladores

Educación al paciente en la importancia de la EPO

INDICADORES

Utilización de la escala mMRC (Escala modificada del Medical Research Council) para medición de la disnea.

Utilización del CAT(CORP assessment test) para medición de la calidad de vida.

Ingresos hospitalarios y/o exacerbaciones tratadas por atención primaria.

Mortalidad.

DURACIÓN

Esta actividad lleva realizándose desde 2014 y se plantea continuar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0048

1. TÍTULO

EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MORA PUEYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
BELTRAN MARIN IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Valoración de test neuropsicológicos
Entrenamiento y disponibilidad de enfermería
Solicitud de recursos técnicos para la realización de los mismo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Selección de test
Enfermería formada

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejoría asistencia al paciente con mayor facilidad y seguimiento de problemas cognitivos para el facultativo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/48 ===== ***

Nº de registro: 0048

Título
EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA

Autores:
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA, BELTRAN MARIN IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
• La evaluación neuropsicológica es necesaria en muchos de los pacientes atendidos por neurología. En el momento actual se remiten al H. San Jorge de Huesca, pero restringiendo en parte su uso para no sobrecargar dicho servicio. La posibilidad de realizar en nuestro centro evaluación neuropsicológica asistida informática permitirá aumentar el número de pacientes valorados y evitará el desplazamiento del paciente

RESULTADOS ESPERADOS
1. Ampliar el número de estudios neuropsicológicos, mejorando considerablemente la calidad de la visita neurológica al poder diagnosticar con mayor precisión.
2. Evitar el desplazamiento de pacientes a Huesca para realizar dichos test.
3. Evitar la sobrecarga de la unidad de neuropsicología de Huesca.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0048

1. TÍTULO

EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA

MÉTODO

- iPad con APP NuCog (Test neuropsicológico validado) (aproximadamente 45-60 min).
- DUE entrenado/a para pasar dicho test.
- Despacho / consulta para pasar dicho test (no hace falta camilla ni instrumental).
- Colaboración con informática para vincular los documentos PDF generados por el programa a la historia clínica del paciente

INDICADORES

- Numero de pacientes atendidos.
- Satisfacción de pacientes y cuidadores.

DURACIÓN

- Numero de pacientes atendidos.
- Satisfacción de pacientes y cuidadores

OBSERVACIONES

no

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0377

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO CRESPO BURILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
BELTRAN MARIN IRENE
RUIZ MONTES FRANCISCO
EITO CUELLO JUAN JOSE
PEYRET FERRER INMACULADA
GRACIA NADAL GLORIA
ROLDAN MORENO LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de protocolo por parte de neurologia y revisión por resto de equipo
Reunión 4 de Octubre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Revisión del 50% de boceto, pendientes nueva reunión

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Manejo interdisciplinar del ictus

7. OBSERVACIONES.

Pendientes de nuevas reuniones para aprobar protocolo

*** ===== Resumen del proyecto 2018/377 ===== ***

Nº de registro: 0377

Título

MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS

Autores:

CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA, BELTRAN MARIN IRENE, RUIZ MONTES FRANCISCO, EITO CUELLO JUAN JOSE, PEYRET FERRER INMACULADA, GRACIA NADAL GLORIA, ROLDAN MORENO LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El ictus es una patología frecuente con una incidencia de ictus en torno a 150-250 casos por cada 100.000 habitantes. El manejo intensivo de estos pacientes en áreas de ictus durante la fase aguda ha demostrado mejorar las tasas de supervivencia y la recuperación funcional en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

-El objetivo principal es realizar un protocolo actualizado de manejo de pacientes con ictus en fase aguda durante su estancia en el área de ictus.
- Población diana: pacientes con ictus agudo
- Participación de neurología, medicina interna, urgencias y enfermería

MÉTODO

- Reuniones periódicas al menos semestrales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0377

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS

- Trabajo basado en publicaciones científicas recientes y protocolos actualizados en otros centros de nuestra comunidad

INDICADORES

- Realización de protocolo consensuado de manejo del paciente en área de ictus

DURACIÓN

- Fecha de inicio de redacción: Septiembre de 2018
- Fecha de finalización: Septiembre 2019

OBSERVACIONES

En un proyecto posterior se realizará la implementación del protocolo.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0378

1. TÍTULO

CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO CRESPO BURILLO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
BELTRAN MARIN IRENE
RUIZ MONTES FRANCISCO
EITO CUELLO JUAN JOSE
CANELLAS SANCHEZ PILAR
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de sesión interdisciplinar 27 de Septiembre
Realización de Borrador de protocolo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Consenso con personal de guardia de medicina interna para protocolo de ictus intrahospitalario

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Manejo código ictus dentro del hospital

7. OBSERVACIONES.

Pendientes de nuevas reuniones para aprobación definitiva

*** ===== Resumen del proyecto 2018/378 ===== ***

Nº de registro: 0378

Título
CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA, BELTRAN MARIN IRENE, RUIZ MONTES FRANCISCO, EITO CUELLO JUAN JOSE, CANELLAS SANCHEZ PILAR, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La incidencia del ictus se estima en 150-250 casos por cada 100.000 habitantes. El tratamiento fibrinolítico y la trombectomía han demostrado mejorar las tasas de supervivencia. En aquellos pacientes ingresados que puedan presentar un ictus agudo es fundamental protocolizar una vía para su manejo de manera que se beneficien de estos tratamientos

RESULTADOS ESPERADOS

- Realización de protocolo para establecer la vía de manejo del código ictus intrahospitalario.
- Población diana: ictus agudo intrahospitalario
- Neurología, urgencias y medicina interna.

MÉTODO

- Reuniones periódicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0378

1. TÍTULO

CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO

- Protocolo código ictus Aragón y bibliografía reciente
- uso deTeleictus

INDICADORES

- Realización de protocolo consensuado

DURACIÓN

Inicio: Septiembre 2018
Finalización: Septiembre 2019

OBSERVACIONES

Posteriormente se realizará proyecto de implementación del protocolo

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0430

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROSSERVICIOS HOSPITALARIOS

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE CAROLINA GARCIA ARGUEDAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
BELTRAN MARIN IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de base de datos de las interconsultas al servicio de neurología de Barbastro
Cumplimentación de base de datos con actualización periódicas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Registro de 2018 cumplimentado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

cuantificación de interconsultas y sus características

7. OBSERVACIONES.

Pendiente análisis estadístico 2018

*** ===== Resumen del proyecto 2018/430 ===== ***

Nº de registro: 0430

Título

REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Autores:

BELTRAN MARIN IRENE, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, MILLAN GRACIA JOSE RAMON, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de neurologia recibe interconsultas de diferentes servicios del hospital, que en muchas ocasiones precisan valoración en le día e incluso urgente. Dichas interconsultas son archivadas y nos proponemos revisarlas y en el futuro registrarlas prospectivamente para analizar servicio de origen, motivo y resultado de las mismas, haciendo incapie en los cambios que esta valoración supone para la evolucion del paciente. Evitar ingresos y /o modificar tratamientos, adelanteras consultas etc.

RESULTADOS ESPERADOS

Nos proponemos conocer el numero de interconsultas realizadas, motivo de las mismas y resultado de dichas interconsultas para reforzar la utilizad de las mismas evitando ingresos inecesarios y/o dando soluciones inmediatas al paciente desde el servicio de urgencias u otros servicios.

MÉTODO

los datos seran recogidos por parte de todos los miembros del servicio en un excel de forma retro y prospeptiva a lo largo de este año y se analizaran estadisticametne con el programa informatico correspondiente. Nos proponemos detectar aquellos aspectos que mas frecuentemente son motivo de consulta para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0430

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

poder mejorar la formacion en dichos aspectos con los Servicios que mas soliciten nuestra valoracion.

INDICADORES

Numero de internconsultas/dia. Origen de las mismas y nº de ingresos en neurlogia evitados, y o pacietes en los que se lleve a cabo una modificacion de su tratamietno habitual y/o una priorizacion de su atencion en consultas externas .

DURACIÓN

La duracion prevista es de un año y los responsables seran los facultativos especialistas en neurologia

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0430

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE CAROLINA GARCIA ARGUEDAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER
BELTRAN MARIN IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una base de datos en formato excel con la recogida de pacientes recibidos a través del formato de interconsulta. Se han recogido todos los datos en un período de año y medio aproximadamente (desde Enero de 2018 hasta marzo de 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han recogido 310 interconsultas divididas en función de su origen, de las cuales un 70% son del servicio de urgencias, 25% del servicio de medicina interna y un 5% de otros servicios.

El 99% se han resuelto el mismo día de la solicitud: decidiendo si alta, consulta o ingreso en Neurología u Interna.

Los motivos de solicitud más frecuentes han sido valoraciones de pacientes con sospecha de patología de debut, o modificaciones de tratamientos prescritos por nuestro servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dada la gran demanda que existe por la alta prevalencia tanto de patología neurológica como de otras patologías cuyos síntomas guías son neurológicos, resulta imprescindible la rápida atención y valoración de estas consultas para aplicar terapias o pruebas complementarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/430 ===== ***

Nº de registro: 0430

Título
REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Autores:
BELTRAN MARIN IRENE, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, MILLAN GRACIA JOSE RAMON, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El servicio de neurologia recibe interconsultas de diferentes servicios del hospital, que en muchas ocasiones precisan valoración en le día e incluso urgente. Dichas interconsultas son archivadas y nos proponemos revisarlas y en el futuro registrarlas prospectivamente para analizar servicio de origen, motivo y resultado de las mismas, haciendo incapie en los cambios que esta valoración supone para la evolución del paciente. Evitar ingresos y /o modificar tratamientos, adelantera consultas etc.

RESULTADOS ESPERADOS

Nos proponemos conocer el numero de interconsultas realizadas, motivo de las mismas y resultado de dichas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0430

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

interconsultas para reforzar la utilizad de las mismas evitando ingresos innecesarios y/o dando soluciones inmediatas al paciente desde el servicio de urgencias u otros servicios.

MÉTODO

los datos seran recogidos por parte de todos los miembros del servcio en un excel de forma retro y prospeptiva a lo largo de este año y se analizaran estadisticametne con el programa informatico correspondiente. Nos proponemos detectar aquellos aspectos que mas frecuentemente son motivo de consulta para poder mejorar la formacion en dichos aspectos con los Servicios que mas soliciten nuestra valoracion.

INDICADORES

Numero de internconsultas/dia. Origen de las mismas y n° de ingresos en neurlogia evitados, y o pacietes en los que se lleve a cabo una modificacion de su tratamietno habitual y/o una priorizacion de su atencion en consultas externas .

DURACIÓN

La duracion prevista es de un año y los responsables seran los facultativos especialistas en neurologia

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0107

1. TÍTULO

CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE SARA DEFIOR SANTAMARIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONFORT BUIL MARIA CARMEN
MATUTE REDRADO MARIA JOSE
HUERVA PLANA MARIA ASUNCION
LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION
SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER
SATUE SALAMERO ELOISA ELSA
FENES GRASA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Abril se realizó una reunión multidisciplinar de los componentes del equipo de mejora para elaborar la hoja del plan de cuidados del parto vaginal, siguiendo las pautas de la vía clínica del parto vaginal.
Una vez elaborada y consensuada se presentó a la Subcomisión de Protocolos de Enfermería y a la Comisión de Historias Clínicas para su aprobación.

Tras la aprobación se reunió a todo el equipo de enfermería de la unidad para presentar el plan, explicarlo, conocer las novedades y su puesta en marcha.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la revisión semanal de las historias clínicas de las pacientes con parto vaginal se observó que:
- El plan de cuidados está incluido en el 100% de las historias de las pacientes con parto vaginal.
-Que la cumplimentación correcta de los ítems se ha logrado en el 90% de las pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El personal de nueva incorporación manifiesta que la herramienta le resulta útil y le facilita el trabajo, entendiendo mejor los cuidados necesarios en este tipo de pacientes.
Al personal habitual del servicio le resulta útil, clara, y rápida; mejorando y facilitando la calidad de los cuidados y su registro.
Nos planteamos como objetivo lograr el 100% de la correcta cumplimentación de los ítems.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/107 ===== ***

Nº de registro: 0107

Título
CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNOINFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
DEFIOR SANTAMARIA SARA, MONTFORT BUIL MARIA DEL CARMEN, MATUTE REDRADO MARIA JOSE, HUERVA PLANA MARIA ASUNCION, LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION, SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER, SATUE SALAMERO ELOISA ELSA, FENES GRASA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0107

1. TÍTULO

CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

PROBLEMA

Este servicio dispone desde hace unos años de vías clínicas tanto del parto normal como de Cesárea consensuados entre todo el equipo multidisciplinar que se dedica a la atención de estas pacientes, también fue instaurado con éxito el plan de cuidados de enfermería en las cesáreas, quedando pendiente de realizar el del "parto normal", al que denominaremos a partir de ahora parto vaginal tanto en vía clínica como en el plan de cuidados, por ser mas correcto para el uso actual, ya que incluye partos no instrumentados e instrumentados, tipo Kiwi, fórceps, ventosas... Hemos creído necesaria la realización del plan de cuidados del parto vaginal ya que facilita el trabajo del personal de la unidad, tanto del fijo como el de nueva incorporación, y estandariza los cuidados a realizar de forma consensuada entre todo el equipo multidisciplinar. Supone una herramienta de trabajo muy útil, clara y beneficiosa tanto para pacientes como para el personal implicado.

RESULTADOS ESPERADOS

- Crear el grupo de trabajo.
- Consensuar y aprobar el grupo de trabajo.
- Formación entre los trabajadores de la planta.
- Puesta en marcha del plan de cuidados en el servicio de maternoinfantil en el 100% de los partos vaginales
- Proporcionar cuidados adecuados, estandarizados y de calidad
- Servir de guía al personal de nueva incorporación

MÉTODO

- Propuesta de modificación de la vía clínica del parto normal, denominandola parto vaginal.
- Realización del plan de cuidados basándonos en la vía clínica del parto normal y en los diagnósticos según taxonomía NANDA
- Presentación de la hoja del plan a todo el personal del servicio en sesión clínica.
- Presentación del plan de cuidados a la Subcomisión de protocolos de enfermería y a la Comisión de Historias Clínicas.
- Puesta en marcha del plan de cuidados. Implementación progresiva.
- Control semanal del seguimiento y cumplimentación del plan. (Los miércoles)
- Reunión del equipo a los tres meses de la puesta en marcha del plan: valoración del plan, puesta en común incidencias, aportaciones y modificaciones y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.
- Presentación de resultados.

INDICADORES

- Plan de cuidados realizado (SI/NO).
- Revisión semanal de la cumplimentación correcta del plan de cuidados de todas las puérperas de parto vaginal (% de registros cumplimentados correctamente). Fuente: La hoja realizada al respecto que se incluirá en la historia clínica. Objetivo: >75%.
- La hoja estará incluida en el 100% de las pacientes de parto vaginal, identificada con etiqueta de paciente y número de historia clínica.
- Habrá un periodo transitorio de adaptación de 6 meses en que se considerará aceptable la cumplimentación de un 75% de los items. A partir de esos 6 meses se considerarán aceptables las que cumplimenten el 100% de los items que incluye el plan.

DURACIÓN

- Realización del plan de cuidados: duración: 2 semanas (Abril) Responsables: Los miembros del proyecto
- Presentación del plan de cuidados a la Subcomisión de protocolos de enfermería y a la Comisión de Historias Clínicas.
- Presentación de la hoja del plan a todo el personal del servicio: duración: 1 día . Responsables: miembros del proyecto.
- Puesta en marcha del plan de cuidados: duración: 9 meses.(Abril-Diciembre)) Responsables: todo el personal de enfermería del servicio de maternoinfantil.
- Control semanal del seguimiento y cumplimentación del plan. (Los miércoles). Duración: 6 meses, Responsables: miembros del proyecto.
- Reunión del equipo a los tres meses de la puesta en marcha del plan: valoración del plan, puesta en común incidencias, aportaciones y modificaciones. Duración: 1 día . Responsables: los miembros del proyecto y todo el equipo de enfermería de la unidad de materno-infantil.
- Nuevas acciones de mejora.

La duración total será de 9 meses y medio tras los cuales se valorará instauración definitiva tal cual se realizó o con las modificaciones aprobadas en la reunión . La fecha de inicio: el 15 de marzo y la fecha de fin el 31 de diciembre de 2018 .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0107

1. TÍTULO

CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0324

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE JESSICA VALERIA HERNANDEZ PIMENTA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARAGON SANZ MARIA ANGELES
GARCIA LASHERAS ANA JULIA
GUARDIA DODORICO LORENA
CASTELLA SEGARRA MARTA
MARTI GAMBOA SABINA
MONFORT BULL MARIA CARMEN
LANAU LACORT ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se analizaron todas las histerectomías realizadas en el servicio de ginecología durante el 2018, recogiendo los datos de las variables más importantes (vía, indicación, complicaciones, estancia hospitalaria y reingresos). Posteriormente se ha comparado con los resultados de los dos años previos. Recogida de datos obtenidos de la Historia Clínica (física y complementando con información del Intranet) de todas las pacientes en un periodo comprendido entre el 1 enero 2018 al 31 diciembre 2018. Se comparan con datos de años anteriores (2016 y 2017). Discusión y presentación del proyecto en servicio. A mitad del proyecto se revisan los datos (mayo 2018). Evaluación y presentación en sesión clínica de los resultados obtenidos durante el proyecto (enero 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se analizaron todas las histerectomías realizadas en el Servicio de Ginecología en 2018. Se realizaron 75 histerectomías, de las cuales se excluye a una paciente por ser una histerectomía no programada, fue realizada de urgencias por sangrado menstrual abundante con anemia grave. Por lo tanto, el análisis se hace con un total de 74 histerectomías. La vía abdominal se utilizó en un 54.05% de los casos y la vía vaginal en un 22.97%, siendo siempre de elección en los prolapsos genitales. Y el 22.97% por vía laparoscopia (incluyendo vaginal asistida por laparoscopia y laparoscopia completa). Las indicaciones más frecuentes para realizar la histerectomía por vía abdominal fueron: Útero Polimiotomato (64.71%), CIN 3 persistente (11.76%) y adenocarcinoma de endometrio (11.76%). En el caso de la Laparoscopia: Prolapso Genital (43.48%), Hiperplasia endometrial (17.39%) y Útero Polimiotomato (13.04%) y CIN 3 persistente (13.04%). La edad media de las pacientes fue de 57 años, en el caso de la histerectomía abdominal fue de 51 años, en la vaginal de 69 años y en laparoscopia 60 años. El porcentaje de complicaciones generales fue del 32,43%, la vía laparoscópica fue la que más complicaciones tuvo (39.13%), la cirugía abdominal (35.29%) y las que menos se complicaban fueron las vaginales (17.65%). La complicación más frecuente fue la anemia correspondiendo un 17,57% de las histerectomías, en las abdominales (17,65%), en las vaginales (5,88%) y en laparoscopias (26,09%). Sin embargo, solamente una paciente ha necesitado transfusión de concentrado de hematíes (1,35%), precisando la transfusión en una cirugía vía abdominal (2,50%). El tratamiento más utilizado para las anemias moderadas-graves fue hierro intravenoso en 12,16%. En media tras la cirugía se disminuía 2.05 gr/dl de hemoglobina. La segunda complicación más frecuente fue la fiebre que se observó en 12.16% (23.53% abdominales, 5.88% vaginales y 4.35% laparoscopia). El índice de masa corporal (IMC) medio de las pacientes fue de 27,71. El 33.78% (25 pacientes Normopeso) con tasa complicaciones 28%, el 36.48 % (27 pacientes Sobrepeso) se complicaron en un 29.62% (8 pacientes). Y el 29.72% (22 pacientes Obesas), con IMC >30, las cuales se complicaron en un 40.90% (9 pacientes). Se demuestra que las mujeres obesas tienen mayor número de complicaciones comparado con mujeres peso normal-sobrepeso. La estancia hospitalaria media tras histerectomía programada fue de 4.6 días, 5.1 días para la histerectomía abdominal, de 4.1 días para la vaginal y de 4.38 días para la laparoscópica. De las variables estudiadas, la vía vaginal en comparación con vía abdominal es mejor, con menor porcentaje de complicaciones generales (menos anemia por lo tanto menor porcentaje de transfusiones e hierro endovenoso, menos fiebres y otras complicaciones) y menor estancia hospitalaria, por lo que es la más indicada en casos de prolapso genital. Por protocolo del servicio de Ginecología Obstetricia, el 100% de las pacientes recibieron profilaxis antibiótica. Debieron reingresar al hospital 4 pacientes, un 5.41% del total de operadas. La mitad de los reingresos fueron por fiebre, otros por hematoma pared y dolor abdominal. El porcentaje de reintervenciones fue del 5.41%, se debieron reintervenir a 4 pacientes, en dos casos por oclusión-suboclusión intestinal, en una paciente por hemoperitoneo y en un caso por lesión ureteral, entró en la cirugía a cargo del servicio de urología para reimplante ureteral derecho más colocación de Catéter Doble J. En un análisis comparativo de las histerectomías realizadas en 2016, 2017 y 2018. Las complicaciones se han mantenido estables (42.7%, 31.90% y 32.43% respectivamente) sin embargo, la complicación más frecuente que ha sido la anemia ha disminuido significativamente, fue de 23.72% en 2016, 36.14% en 2017 y 17.57% en 2018. Esto puede atribuirse a una mejor preparación prequirúrgica de las pacientes, correcta indicación y/o tratamientos previos. En algunos casos fue necesario aplazar la cirugía hasta corregir anemia previa a cirugía.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0324

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el 2018 se realizaron 74 histerectomías programadas de las cuales tuvieron alguna complicación 24 (32.43%). La complicación más frecuente fue la anemia (17.57%). La segunda complicación más frecuente fue la fiebre en 12.16% y la tercera el seroma/hematoma subcutáneo 5.41%.

El porcentaje de complicaciones de las histerectomías dependiendo de la vía fueron: abdominal (35.29%) versus vaginal (17.65%) y laparoscópica (39.13%). Concluimos que la vía vaginal aporta menos complicaciones, menos días de estancia hospitalaria, menos dolor y una recuperación más rápida.

Durante 2018 se realizaron más histerectomías por vía laparoscópica (17 casos), comparado con el 2017 que solo se hicieron 5 casos por esta vía. Sin embargo, de las histerectomías abdominales 6 casos, fueron inicialmente laparoscópica que se convirtieron en abierta por alguna complicación intraoperatoria: 3 pacientes (50%) por Sangrado, 2 pacientes (33.3%) por mala tolerancia al Pnevmooperitoneo y una paciente (16.6%) Movilizador intraligamentario. Por lo tanto, tenemos un 26% de conversión abierta.

ACTIVIDADES PARA MEJORAR:

- Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión clínica del Servicio antes de introducirlas en lista de espera quirúrgica.
- Realizar analítica preoperatoria en el momento de la inclusión en LEQ a todas las pacientes.
- Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante. Tratamiento con análogos GN-Rh, anticonceptivos o gestágenos para intervenir en mejores condiciones.
- Sugerir en mujeres obesas con patología no urgente pérdida de peso antes de cirugía.
- Revisión de los casos clínicos en los 15 días previos a la intervención para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc.) y evitar suspensiones quirúrgicas.
- Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio.
- Actualización de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados pre y postoperatorios.
- Ingresar a la paciente el día de la intervención.
- Hacer la vía clínica el día de la revisión de los quirófanos.
- Realizar el sondaje vesical en el quirófano.
- Estandarización en tratamientos de anemia postquirúrgica (Hierro intravenoso/transfusión sanguínea).
- Revisar minuciosamente las indicaciones de histerectomía laparoscópica y/o vaginal asistida por laparoscopia para disminuir las tasas conversión a abierta.
- Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica. Unificación en el manejo en caso de complicaciones.

7. OBSERVACIONES.

Para valorar la anemia por protocolo en la vía clínica se solicitaba un hemograma al día siguiente de la intervención. Cabe mencionar que para definir la variable anemia, hemos utilizado los valores propuesto por la OMS de anemias moderadas-graves (una Hemoglobina <10mg/dl), solo en un caso se realizó transfusión sanguínea. Hay que disminuir la estancia media, potenciar la cirugía laparoscópica, adecuar las indicaciones y propugnar altas más precoces.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/324 ===== ***

Nº de registro: 0324

Título
PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

Autores:
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA, GUARDIA DODORICO LORENA, MIGDAN CARMEN MIHAELA, GASCON MAS ELENA, MADUTA TUDOR, FRANCO SERRANO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CME BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0324

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La histerectomía es la operación más frecuentemente realizada en ginecología. Y en el Hospital de Barbastro en la especialidad de ginecología y obstetricia tras la cesárea es el segundo procedimiento quirúrgico mayor más común. Las indicaciones más comunes son patología benigna como leiomiomas y/o prolapso genital. En nuestro hospital esta cirugía puede ser realizada por vía abdominal, vaginal, vaginal asistida por laparoscopia y laparoscopia pura. Por ello, es muy importante, encaminar todos los esfuerzos para mejorar la atención de estas pacientes, en cuanto una buena preparación preoperatoria, una cuidadosa técnica quirúrgica, correcto juicio intraoperatorio y el atento seguimiento post operatorio, para con ello disminuir en lo posible las complicaciones, para el máximo beneficio de las pacientes e indirectamente disminución de los costes hospitalarios. Las histerectomías realizadas en 2017 fueron 83, Se detectó que el 31.9% de la cirugía programada se complicaban.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad de vida de las pacientes operadas de Histerectomía durante 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Disminuir el número total de complicaciones.
- Disminuir las complicaciones por sangrado.
- Disminuir la estancia media.
- Disminuir el número de reingresos.
- Disminuir la variabilidad clínica.
- Mejorar el control preoperatorio de las variables clínicas.

MÉTODO

- Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión clínica del Servicio antes de introducir las en lista de espera quirúrgica.
- Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante.
- Revisión de los casos clínicos en los 15 días previos a la intervención para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc.) y evitar suspensiones quirúrgicas.
- Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio.
- Revisión de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados postoperatorios.
- Estandarización en tratamientos de anemia postquirúrgica (Hierro intravenoso/transfusión sanguínea).
- Recogida de datos de todas las intervenciones realizadas y las variables estudiadas (edad, indicación y complicaciones).
- Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica.

INDICADORES

Numero de pacientes operadas, indicación, tipo de cirugía, complicaciones, uso de hierro endovenoso, transfusiones sanguíneas, días de hospitalización y complicaciones.

DURACIÓN

Recogida de datos: Enero 2018 a 31 diciembre 2018
Discusión y presentación del proyecto en reunión de Servicio.
Renunir los componentes del equipo para valorar seguimiento del proyecto (Agosto -Diciembre-Abril 2019)
Evaluación en mayo 2017 y presentación de resultados en sesión clínica.
Recogida de variables durante 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL BERDALA CLEMENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FENES GRASA MERCEDES
GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION
SATUE SALAMERO ELOISA ELSA
GARCIA LASHERAS ANA JULIA
GUARDIA DODORICO LORENA
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA
CASTELLÀ SEGARRA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una revisión bibliográfica buscando marcadores de calidad en la indicación de la inducción. Se ha revisado el formulario de registro de inducciones que rellena el personal asistencial para el seguimiento de los datos de cada inducción. Se valoró inicialmente la creación de una base de datos específica para el proyecto pero se desestimó por tener ya una base de datos creada que se usa diariamente y se decidió revisarla exhaustivamente para poder usarla en el proyecto y mejorarla. Se ha llevado a cabo una revisión de la base de datos que se usa como libro de partos en nuestro servicio detectando errores en el registro y sobretodo lagunas en la información que han requerido la revisión de las historias en papel. Se realizó una sesión informativa en el servicio sobre el proyecto de mejora y una sesión de revisión de los datos recogidos a medio año. Se han actualizado los dosieres de protocolos del servicio para consulta en la práctica clínica habitual para mejorar su acceso y uniformar criterios en la indicación y procedimiento de inducción. Se ha consensuado en la sesión clínica la idoneidad de las inducciones programadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En 2018 hubo 605 partos, de los cuales 180 (29%) se iniciaron mediante inducción. Ha sido similar al año 2017. Hay 23 (3%) partos en los que no se ha registrado si se iniciaron de forma espontánea o no pero en 5 de ellos si que consta un motivo de inducción. La vía del parto mayoritaria fue el parto eutócico en 107 (59%), seguido por la cesárea en 43 casos (24%), 20 ventosas (14%) y 1 fórceps y 2 espátulas (0,5 y 1,1 %). En este caso las cifras son muy similares a los partos iniciados de forma espontánea con un leve aumento de las cesáreas descrito en la literatura y esperable en los partos medicalizados. Esto indica que el método de la inducción es eficaz ya que se consiguen tasas de parto vaginal similares a los partos de inicio espontáneo. La indicación de inducción mas frecuente ha sido la hiperdatia (55 inducciones, 30,5%), seguida de rotura prematura de membranas (43 inducciones, 23,8%), RCIU y PEG (22 inducciones, 12,2%), enfermedad hipertensiva del embarazo que engloba la HTA y la preeclampsia (16 inducciones, 8%) y la diabetes gestacional (7 inducciones, 3%). Bajo el apartado de otros se han registrado 33 inducciones (18,3%) entre las que se encuentran gran variedad de indicaciones como la sospecha de macrosomía (6 inducciones), la colestasis intrahepática del embarazo (2 inducciones) o las gestaciones gemelares (2 inducciones). Pero de estas hay 14 inducciones en las que no se especifica la indicación mas allá de otros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mayor parte de las inducciones han sido indicadas por hiperdatia. No tenemos valores de referencia del porcentaje que debería ser pero si sabemos que la indicación en estos casos es la correcta según el protocolo del servicio. Una de las formas de optimizar esta indicación es la datación correcta de la gestación en el 1º trimestre, cosa que se realiza por protocolo desde 2018. La segunda indicación mas frecuente es la rotura prematura de membranas. En este caso tampoco hay dudas en la idoneidad de la indicación y la única forma de optimizarla sería la revisión del tiempo que se tarda en iniciar la medicación des de la amniorraxis, si 12 o 18h. Bajo la indicación de "otros" se engloba una gran cantidad de indicaciones, alguna con mas evidencia científica que las respalde que otras. En muchas de ellas el problema de la indicación ha sido el registro de la misma. Por lo tanto los objetivos del 2º año del proyecto serán:
- mejorar el registro de las inducciones a todos los niveles (historia clínica, libro de partos, ficha de registro)
- modificar los campos de la base de datos que se refieren a la inducción para que el registro sea mas específico y disminuya la variabilidad
- mejorar la accesibilidad de los nuevos miembros del servicio a los protocolos y facilitar el comentario de los casos en la sesión clínica

7. OBSERVACIONES.

La práctica clínica habitual debe estar marcada por los protocolos revisados en cada caso. Esos protocolos deben ser conocidos y consensuados por todo el servicio pero en nuestro caso esto muy difícil ya que durante el 1º año del proyecto mas de la mitad de los facultativos del servicio han cambiado. Esto nos lleva a una gran heterogeneidad en la indicación de las inducciones difícilmente corregible si la plantilla del servicio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

no es estable.

La otra causa de la gran variabilidad clínica en las inducciones es el aumento de la complejidad de las pacientes que cada vez tienen mayor edad. Esto conlleva un aumento en la morbilidad acompañante en un amplísimo espectro de patologías difíciles de etiquetar en una sola indicación. También conlleva un aumento importante de la complejidad en la atención al parto que dificulta la no medicalización en muchos casos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/333 ===== ***

Nº de registro: 0333

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Autores:
BERDALA CLEMENTE RAQUEL, GARCIA LASHERAS ANA JULIA, GUARDIA DODORICO LORENA, HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA, CASTELLA SEGARRA MARTA, FENES GRASA MERCEDES, GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION, SATUE SALAMERO ELOISA ELSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El número de partos asistidos en Barbastro en 2017 ha sido de 599. El porcentaje de madres extranjeras ha supuesto un 35,9% y la edad materna al parto es de 32 años. En un 4,67% de los partos los recién nacidos pesan menos de 2,500 gramos y un 5,67% están por encima de 4,500. La tasa de cesáreas ha sido en 2017 del 20,3%, un 3% mayor que el año anterior.

Desde 2013, observamos una tasa elevada en el número de inducciones, por encima del 15% que se recomienda por la OMS, en 2017 se han inducido el 30% de los partos. A pesar de que observamos una complejidad cada vez mayor en las mujeres que se atienden en la consulta de obstetricia, mayor edad materna, mayor número de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida y otras patologías, consideramos que la inducción al parto debe realizarse cuando esté indicada y los beneficios materno-fetales, superen el riesgo de un parto medicalizado. Está descrito que la inducción favorece el incremento de la tasa de cesáreas y complicaciones maternas, como la Hemorragia Obstétrica Aguda, así como el incremento de Riesgo de Pérdida de Bienestar fetal en los recién nacidos.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida de las mujeres asistidas en el parto y Disminuir el intervencionismo en el parto normal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Disminuir la tasa de inducciones
Estudiar los motivos de inducción.
Estabilizar la tasa de cesáreas.
Evitar complicaciones materno-fetales por medicalización innecesaria.
Estudiar el porcentaje de cesáreas en los partos inducidos.
Disminuir la variabilidad clínica

MÉTODO

Creación de grupo de trabajo matronas- Ginecólogos
Revisión de todas las inducciones del 2018 .
Revisión en sesión clínica semanal del servicio de las indicaciones de los partos inducidos y resultado perinatal.
Recogida de variables (edad, edad gestacional, paridad, curso gestacional, motivo de la inducción, tipo de parto, PH RN, Hb materna post parto, Método de inducción, Mortalidad perinatal en partos inducidos)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Presentación de los casos susceptibles de inducción en Sesión clínica
Seguimiento estricto de los Protocolos de la SEGO y del Servicio.
Propugnar el alumbramiento dirigido en el 100% de los partos inducidos.

INDICADORES

% de inducciones en 2018.
% de inducciones evitables.
% de cesáreas en partos inducidos.
% de cesáreas en el Servicio.
Edad materna de los partos inducidos
% de recién nacidos con PH menor de 7,20.
% de mujeres con alumbramiento dirigido en los partos normales y en los inducidos

DURACIÓN

3 años
Abril 2018. Presentar el Proyecto en el Servicio y formar grupo de trabajo
Diseñar hoja para recogida de variables.
Junio 2018 evaluación de los resultados y sesión clínica con los mismos.
Diciembre 2018 resumen de la actividad anual y presentación de los datos a los facultativos del Servicio.

OBSERVACIONES

Consideramos necesario conocer las causas más frecuentes de inducción y valorarlas en el contexto de la población asistida, para proponer medidas correctoras que nos ayuden a disminuir la medicación del parto normal.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL BERDALA CLEMENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA LASHERAS ANA JULIA
GUARDIA DODORICO LORENA
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA
CASTELLA SEGARRA MARTA
FENES GRASA MERCEDES
GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION
SATUE SALAMERO ELOISA ELSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una revisión bibliográfica buscando marcadores de calidad en la indicación de la inducción. Se ha revisado el formulario de registro de inducciones que rellena el personal asistencial para el seguimiento de los datos de cada inducción. Se valoró inicialmente la creación de una base de datos específica para el proyecto pero se desestimó por tener ya una base de datos creada que se usa diariamente y se decidió revisarla exhaustivamente para poder usarla en el proyecto y mejorarla. Se ha llevado a cabo una revisión de la base de datos que se usa como libro de partos en nuestro servicio detectando errores en el registro y sobretodo lagunas en la información que han requerido la revisión de las historias en papel. Se realizó una sesión informativa en el servicio sobre el proyecto de mejora y una sesión de revisión de los datos recogidos a medio año. Se han actualizado los dosieres de protocolos del servicio para consulta en la práctica clínica habitual para mejorar su acceso y uniformar criterios en la indicación y procedimiento de inducción. Se ha consensuado en la sesión clínica la idoneidad de las inducciones programadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En 2018 hubo 605 partos, de los cuales 180 (29%) se iniciaron mediante inducción. Ha sido similar al año 2017. Hay 23 (3%) partos en los que no se ha registrado si se iniciaron de forma espontánea o no pero en 5 de ellos si que consta un motivo de inducción. La vía del parto mayoritaria fue el parto eutócico en 107 (59%), seguido por la cesárea en 43 casos (24%), 20 ventosas (14%) y 1 fórceps y 2 espátulas (0,5 y 1,1 %). En este caso las cifras son muy similares a los partos iniciados de forma espontánea con un leve aumento de las cesáreas descrito en la literatura y esperable en los partos medicalizados. Esto indica que el método de la inducción es eficaz ya que se consiguen tasas de parto vaginal similares a los partos de inicio espontáneo. La indicación de inducción mas frecuente ha sido la hiperdatia (55 inducciones, 30,5%), seguida de rotura prematura de membranas (43 inducciones, 23,8%), RCIU y PEG (22 inducciones, 12,2%), enfermedad hipertensiva del embarazo que engloba la HTA y la preeclampsia (16 inducciones, 8%) y la diabetes gestacional (7 inducciones, 3%). Bajo el apartado de otros se han registrado 33 inducciones (18,3%) entre las que se encuentran gran variedad de indicaciones como la sospecha de macrosomia (6 inducciones), la colestasis intrahepática del embarazo (2 inducciones) o las gestaciones gemelares (2 inducciones). Pero de estas hay 14 inducciones en las que no se especifica la indicación mas allá de otros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mayor parte de las inducciones han sido indicadas por hiperdatia. No tenemos valores de referencia del porcentaje que debería ser pero si sabemos que la indicación en estos casos es la correcta según el protocolo del servicio. Una de las formas de optimizar esta indicación es la datación correcta de la gestación en el 1º trimestre, cosa que se realiza por protocolo desde 2018. La segunda indicación mas frecuente es la rotura prematura de membranas. En este caso tampoco hay dudas en la idoneidad de la indicación y la única forma de optimizarla sería la revisión del tiempo que se tarda en iniciar la medicación des de la amniorraxis, si 12 o 18h. Bajo la indicación de "otros" se engloba una gran cantidad de indicaciones, alguna con mas evidencia científica que las respalde que otras. En muchas de ellas el problema de la indicación ha sido el registro de la misma. Por lo tanto los objetivos del 2º año del proyecto serán:
- mejorar el registro de las inducciones a todos los niveles (historia clínica, libro de partos, ficha de registro)
- modificar los campos de la base de datos que se refieren a la inducción para que el registro sea mas específico y disminuya la variabilidad
- mejorar la accesibilidad de los nuevos miembros del servicio a los protocolos y facilitar el comentario de los casos en la sesión clínica

7. OBSERVACIONES.

La práctica clínica habitual debe estar marcada por los protocolos revisados en cada caso. Esos protocolos deben ser conocidos y consensuados por todo el servicio pero en nuestro caso esto muy difícil ya que durante el 1º año del proyecto mas de la mitad de los facultativos del servicio han cambiado. Esto nos lleva a una gran heterogeneidad en la indicación de las inducciones difícilmente corregible si la plantilla del servicio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

no es estable.

La otra causa de la gran variabilidad clínica en las inducciones es el aumento de la complejidad de las pacientes que cada vez tienen mayor edad. Esto conlleva un aumento en la morbilidad acompañante en un amplísimo espectro de patologías difíciles de etiquetar en una sola indicación. También conlleva un aumento importante de la complejidad en la atención al parto que dificulta la no medicalización en muchos casos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/333 ===== ***

Nº de registro: 0333

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Autores:
BERDALA CLEMENTE RAQUEL, GARCIA LASHERAS ANA JULIA, GUARDIA DODORICO LORENA, HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA, CASTELLA SEGARRA MARTA, FENES GRASA MERCEDES, GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION, SATUE SALAMERO ELOISA ELSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El número de partos asistidos en Barbastro en 2017 ha sido de 599. El porcentaje de madres extranjeras ha supuesto un 35,9% y la edad materna al parto es de 32 años. En un 4,67% de los partos los recién nacidos pesan menos de 2,500 gramos y un 5,67% están por encima de 4,500. La tasa de cesáreas ha sido en 2017 del 20,3%, un 3% mayor que el año anterior.

Desde 2013, observamos una tasa elevada en el número de inducciones, por encima del 15% que se recomienda por la OMS, en 2017 se han inducido el 30% de los partos. A pesar de que observamos una complejidad cada vez mayor en las mujeres que se atienden en la consulta de obstetricia, mayor edad materna, mayor número de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida y otras patologías, consideramos que la inducción al parto debe realizarse cuando esté indicada y los beneficios materno-fetales, superen el riesgo de un parto medicalizado. Está descrito que la inducción favorece el incremento de la tasa de cesáreas y complicaciones maternas, como la Hemorragia Obstétrica Aguda, así como el incremento de Riesgo de Pérdida de Bienestar fetal en los recién nacidos.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida de las mujeres asistidas en el parto y Disminuir el intervencionismo en el parto normal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Disminuir la tasa de inducciones
Estudiar los motivos de inducción.
Estabilizar la tasa de cesáreas.
Evitar complicaciones materno-fetales por medicalización innecesaria.
Estudiar el porcentaje de cesáreas en los partos inducidos.
Disminuir la variabilidad clínica

MÉTODO

Creación de grupo de trabajo matronas- Ginecólogos
Revisión de todas las inducciones del 2018 .
Revisión en sesión clínica semanal del servicio de las indicaciones de los partos inducidos y resultado perinatal.
Recogida de variables (edad, edad gestacional, paridad, curso gestacional, motivo de la inducción, tipo de parto, PH RN, Hb materna post parto, Método de inducción, Mortalidad perinatal en partos inducidos)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Presentación de los casos susceptibles de inducción en Sesión clínica
Seguimiento estricto de los Protocolos de la SEGO y del Servicio.
Propugnar el alumbramiento dirigido en el 100% de los partos inducidos.

INDICADORES

% de inducciones en 2018.
% de inducciones evitables.
% de cesáreas en partos inducidos.
% de cesáreas en el Servicio.
Edad materna de los partos inducidos
% de recién nacidos con PH menor de 7,20.
% de mujeres con alumbramiento dirigido en los partos normales y en los inducidos

DURACIÓN

3 años
Abril 2018. Presentar el Proyecto en el Servicio y formar grupo de trabajo
Diseñar hoja para recogida de variables.
Junio 2018 evaluación de los resultados y sesión clínica con los mismos.
Diciembre 2018 resumen de la actividad anual y presentación de los datos a los facultativos del Servicio.

OBSERVACIONES

Consideramos necesario conocer las causas más frecuentes de inducción y valorarlas en el contexto de la población asistida, para proponer medidas correctoras que nos ayuden a disminuir la medicación del parto normal.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0370

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES ARAGON SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MILLANES GALLINAT PATRICIA
ONCINS TORRES ROSA
JUAREZ CASTELLO PILAR
ALONSO BERGES RAQUEL
SANCHEZ ADRIAN ANA MARIA
ARAN GIMENEZ PILAR
MARTIN HERRERO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación de equipo de trabajo con anatomo patóloga, ginecóloga, matronas y enfermeras de los Centros de Salud de Mequinenza, Ainsa y Castejon de Sos
Recogida de variables por Anatomía Patológica.
Presentación del Proyecto en el Servicio de Ginecología.
Presentación del Proyecto en dos Zonas Básicas de salud. Sesión conjunta con el equipo de Atención Primaria en el Centro de Salud de Castejón de Sos el día 4-06-2018 y en el Centro de Salud de Ainsa el día 4-06-2018 y en Centro Salud de Mequinenza. Se informó de la situación del cribado en el Sector, epidemiología del VPH y Prevención del cáncer de cuello de útero.
Se ofertaron autotomas para que las pacientes que viven en localidades pequeñas no tuvieran que desplazarse a la consulta de la matrona para realizarse el cribado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS 2018

En 2018, se ha mantenido una cobertura de Sector del 74,9%, similar al 2017 que fue de 74,6%.
En las Zonas Básicas de Salud en las que se realizaron las acciones de mejora se ha tenido una cobertura del 72,26% en Mequinenza ; 73% en Graus; 75,8% en Castejón de Sos y 81,76% en Ainsa . El incremento ha leve respecto al año anterior
Numero de pruebas de cribado realizadas entre citologías y test VPH 4.493 (1.850 citologías y 3.666) el 82% realizados en A Primaria
Numero de atipias: ASC-US un 25,14%, LSIL 9,5%; HSIL 1,6%
Sensibilidad de la citología 86,21%. 4 casos falsos positivos.
Numero CIN2+ 45 y en 2018 2 carcinoma invasor.
La Edad media de las mujeres conizadas ha sido de 40,8 años. 12 casos diagnosticados por HPV persistente con citología benigna. Casos con genotipo 16 48,9%.
Autotoma: en 2018.
A) Estudio de autotoma de 2018:
a. Recogidos 34 casos, todos negativos, ningún caso ha sido CIN2 ó más.
b. Proceden: 27 CAP de Fraga, remitidos por la enfermera de Fayon; 3 de Cta Gine Fraga, 1 cta Gine hospital, 1 CAP Graus, 1 CAP Barbastro, 1 A Patológica.
B) Total de autotomas desde 2015 (incluido): 51 mas las 34 de 2018 suman unas 85
a. 2015: 15 casos, 1 pos otros con cito HSIL (conocido previamente). Proceden 10 de CAP Fraga, 6 de Gine.
b. 2016: 19 casos, 5 positivos. Proceden 12 de CAP Fraga (1 positivo) y 4 de Ginecología (4 positivos).
c. 2017: 17 casos, 0 positivos. Proceden 12 de CAP Fraga, 2 CAP Barbastro, 1 Gine hospital, 1 Gine Monzón, 1 CAP Albalate.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES.

El cribado de cáncer de cuello de útero en el Sector Barbastro, es un una actividad preventiva, en la que se ha trabajado coordinadamente Atención Especializada y Atención Primaria desde 2006, se ha duplicado la cobertura pasando de un 37,6% a un 74,9%.
En 2018, tercer año de cribado solo con VPH y utilizando como prueba de triaje la citología y genotipado del VPH 16/18, se han diagnosticado 42 lesiones CIN2+, 8 menos que en 2017 con una cobertura similar.
Desde el inicio del cribado con VPH en 2011, el número de diagnósticos de lesiones CIN2+, se incrementaba anualmente acorde al incremento de cobertura. En 2018 es el primer año que baja la detección de lesiones, esto puede deberse a que estamos en el tercer año de la segunda ronda de cribado con VPH. Llevamos 8 años cribando con test VPH.
De las 83 autotomas distribuidas prácticamente todas han sido en Fraga, lugar donde trabajan las coordinadoras del equipo. No se pueden inferir resultados dado la escasez de la muestra.
La autotoma en nuestro medio no ha sido bien aceptada en algunas de las zonas alejadas del hospital a las que propusimos el proyecto.
Solo se ha facilitado una autotoma en Graus, desconocemos si es por reticencia de las pacientes o por falta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0370

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

de oferta e implicación de los profesionales.

Sin embargo en Payon (Centro Salud de Mequinenza), la enfermera responsable del Proyecto, revisó todas las mujeres que no tenían cribado y se remitieron 27 autotomas, además de informar a las mujeres de la necesidad de acudir a la consulta de la matrona a esta actividad preventiva, esto ha permitido pasar en esta localidad de una cobertura del 75% a un 87%, al ser una localidad pequeña, el incremento de cobertura total reflejado en la Zona básica de Salud, ha sido mínimo, pero nos parece interesante y es el objetivo de nuestro trabajo que las mujeres de zonas rurales tengan fácil el acceso al cribado de cáncer de cuello y es la implicación de enfermería la que nos puede ayudar a conseguir este objetivo.

RECOMENDACIONES

Disponemos de dos armas importantes para frenar el cáncer de cuello de útero, la vacunación con amplia cobertura y el cribado poblacional bien instaurado.

La mejora en el cribado de cáncer de cuello en el Sector Barbastro es el resultado del trabajo en equipo y coordinación con Atención Primaria, que es la que realiza el 80% de las pruebas. El cribado realizado por matronas de Atención Primaria es más eficiente, equitativo y barato que el cribado oportunista realizado por ginecólogos. Es necesario revisar y monitorizar los resultados para proponer mejoras.

Hay que seguir informando y formando a los profesionales implicados en el cribado y en especial a las matronas de Atención Primaria que son las responsables de atender y captar al mayor número de población.

Hay que conseguir la implicación de los profesionales de enfermería para potenciar el cribado y en lugares alejados del hospital facilitar lo mediante la autotoma para favorecer la equidad y evitar desplazamientos innecesarios.

En el año 2019, dado que la Zona Básica de Salud con menor cobertura en el sector es BInefar, seguiremos con el Proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/370 ===== ***

Nº de registro: 0370

Título
IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE HPV PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

Autores:
ARAGON SANZ MARIA ANGELES, MILLANES GALLINAT PATRICIA, ONCINS TORRES ROSA, JUAREZ CASTELLO PILAR, ALONSO BERGES RAQUEL, SANCHEZ ADRIAN ANA MARIA, ARAN GIMENEZ PILAR, MARTIN HERRERO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A nivel mundial el Cáncer de cuello uterino es un de las neoplasias más frecuentes y letales. En España en 2012 se estimaron 2.511 nuevos casos y 848 muertes. Es el quinto tumor más prevalente en mujeres. La incidencia del CCU en Europa es variable y está relacionada con la implantación de programas de cribado. Rumania tiene la tasa más alta 23,9/100.000 y Finlandia con 4,1/100.000 de las más bajas.

En España la incidencia de CCU se encuentra por debajo de la media de la UE, con cifras similares al Reino Unido y Suecia. En 2012 la tasa fue de 7,8/100.000 y la distribución es diferente según autonomías, siendo la más alta Mallorca con 12/100.000. Se observa un pico de incidencia entorno a los 50 años y un incremento de la mortalidad en función de la edad.

Aragón es de las Comunidades que presentan menor incidencia 5,5/100.000.

Barbastro tiene una tasa de CCU Invasor en los 7 últimos años de 6,5/100.000.

La OMS afirma que la vacunación con alta cobertura y un cribado poblacional con cobertura mayor del 70%, es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0370

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

la estrategia más eficiente para la prevención del CCU.

La infección persistente por el Virus del Papiloma Humano (VPH) constituye un factor necesario para el desarrollo el CCU. La prevalencia de la infección por el VPH es variable según la edad de las mujeres siendo de un 35% en las menores de 35 años y de un 10% en las mayores de 30. En el Sector Barbastro tenemos una prevalencia del 9% en mayores de 30 años.

Está demostrado que el cribado oportunista es ineficiente y no disminuye la mortalidad por CCU. La OMS y Sociedades científicas europeas y la SEGO recomiendan establecer Programas de cribado poblacionales como única forma de disminuir el CCU.

En el Sector Barbastro, trabajamos desde 2006, juntamente con Atención Primaria, para organizar y potenciar el cribado de CCU. Se han desarrollado Proyectos de Mejora de Calidad, formado grupos de trabajo, actualizado y unificado Protocolos y se realiza cribado con el test DNA del VPV en ambos niveles Asistenciales, para ofrecer las mismas oportunidades a todas las mujeres, independientemente del lugar donde residan.

Somos pioneros en España, (inicio en 2011) en instaurar el cribado CCU con el test del DNA del VPH en Atención Primaria.

Durante estos 12 años hemos realizado un control de calidad del cribado realizado y hemos conseguido que el 80% de las pruebas de cribado las realicen las matronas de AP, multiplicar por 6 el número de diagnósticos de lesiones precancerosas, realizando menos pruebas y aumentando cobertura poblacional. Los especialistas en el Sector Barbastro, no hacemos cribado y eso ha permitido que hayamos podido asumir la carga de trabajo originada por el aumento de lesiones derivadas del cribado, incluso en situaciones de falta de personal como es habitual en este Sector.

En 2016 llegamos a una cobertura poblacional del 73,9% en cifras recomendadas por la OMS.

Está descrito que las mujeres de zonas rurales y mayores de 50 años acuden con menor frecuencia a los programas preventivos.

Se ha publicado que el test de cribado más eficaz y seguro es la determinación del VPH y existe evidencia de que la autotoma, es tan eficaz para la detección del VPH de alto riesgo como la toma realizada por los profesionales.

En nuestra Comunidad, no existe un sistema de llamada activa de las mujeres para acudir a realizarse las pruebas de cribado, consideramos imprescindible la implicación de los médicos y enfermeras de AP.

En este Proyecto, consideramos que la implementación de la autotoma por las propias mujeres, en especial en zonas alejadas de los centros de salud y del hospital y la colaboración conjunta con enfermería de AP, puede facilitar la accesibilidad de las mujeres rurales al cribado y potenciar la captación y cobertura poblacional.

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar la cobertura en zonas rurales.

Implicación de enfermería en la captación de la población diana.

Evitar desplazamientos a las mujeres de zonas alejadas del Centro de Salud.

Facilitar el cribado a mujeres con cargas familiares y laborales.

Potenciar el cribado en mujeres mayores de 50 años.

MÉTODO

Formación de grupo de trabajo, con ginecólogos, matronas y enfermería.

Información sobre cribado y el método de autotoma en los Centros de Salud.

Charlas a las mujeres en las poblaciones del estudio sobre cribado y enseñanza de la utilización de la Autotoma.

Enfermería facilita la muestra para la detección del Test.

Recogida de muestras por las enfermeras y remisión de los datos a matronas para control de calidad.

Control de calidad por Anatomía Patológica.

INDICADORES

Cobertura por del Sector y por Zonas Básicas de Salud. Cobertura por cupo

Número de test de autotomas realizados

% de tests positivos en las autotomas

Número de CIN 3 diagnosticados.

Numero de Ca invasores diagnosticados.

DURACIÓN

Mayo 2018 Formación grupo de trabajo.

Sesiones en Centros de salud (Mequinenza, Ainsa, Lafortunada, Castejon de Sos)

Charlas formativas a las mujeres en las mismas localidades.

En Noviembre evaluación del Proyecto.

OBSERVACIONES

A pesar de las mejoras en el cribado realizado en el Sector Barbastro, seguimos diagnosticando un 8% de canceres invasores. También observamos que en estos tumores, un 38,4% los vemos en mujeres extranjeras y no cribadas.

Consideramos necesario seguir facilitando métodos seguros y accesibles de cribado a todas las mujeres del Sector, pero en especial a las mas alejadas del hospital.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0370

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ANA NASARRE GER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTELLAR OTIN ELENA
FABREGAS CANALES MARIA DOLORES
PINA SALVADOR JOSE MANUEL
CHARRO CALVILLO MARA
SANCHEZ SALAS PILAR
BURGASE ESTALLO IRENE MARIA
BUSTOS MORELL CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

durante el año 2019 se han realizado consultas de enfermería codificadas con agenda propia durante todo el año. Se han mantenido con actividad continua las agendas de enfermería propias para pacientes con artritis reumatoide y con enfermedad inflamatoria intestinal, ya creadas durante el año 2018. Además, se han administrado tratamientos biológicos todas las semanas de las siguientes especialidades médicas: reumatología, digestivo, endocrino, medicina interna, neurología, dermatología y oftalmología. Se han registrado el número de tratamientos totales administrados en hospital de día médico, así como las toxicidades y/o reacciones adversas, que además se han registrado en la historia clínica de cada paciente. El año anterior no disponíamos aún del número de toxicidades, pero este año sí se ha podido establecer una comparativa, que ha resultado positiva. Asimismo, también se registran las llamadas telefónicas que realiza enfermería para el control de efectos secundarios, y de las llamadas que han realizado los pacientes para consultar dudas. Los grupos de trabajo creados para el control y seguimiento de la AR y de la EII se han mantenido, y como actividad complementaria el año 2019 se ha propuesto la formación de una subcomisión. Durante el año 2019 se han facilitado encuestas de satisfacción a los usuarios, las cuales han resultado muy positivas; igualmente, se han emitido un alto porcentaje de informes de continuidad de cuidados, para lograr una mejor comunicación entre niveles asistenciales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS ALCANZADOS:

- agenda específica de enfermería creada, y en funcionamiento pleno
- 2 grupos de trabajo (AR y EII): activos
- total de sesiones realizadas: 1.293
- total de pacientes: 452 (75 más que el año anterior)
- valoraciones de adherencia al tratamiento: 95%, la mayoría de forma telefónica
- total reacciones adversas: 14 casos (10 de reumatología, 4 de neurología)

La fuente de obtención de datos es recogida propia mediante bases de datos autónomas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

La creación de una unidad de tratamientos biológicos, ya en 2018, fue un hito importante porque ha permitido un mayor control y seguimiento de dos enfermedades, que tanto por su prevalencia como por su relevancia clínica, han sido habituales focos de preocupación, para personal sanitaria y para los pacientes y sus familiares; estas enfermedades son la artritis reumatoide y las enfermedades inflamatorias intestinales. El hecho de que esta unidad disponga de un organigrama y flujo de acción, junto con un espacio físico definido, y un personal cualificado que lo controla, permite la posible extrapolación de este proyecto a otras patologías crónicas. En el año 2020 se plantea la posibilidad de nuevas acciones de mejora y control de la calidad, tanto para el beneficio de los pacientes como de los profesionales sanitarios que integran esta Unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/53 ===== ***

Nº de registro: 0053

Título
UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Autores:
NASARRE GER ANA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, PINA SALVADOR JOSE MANUEL, CHARRO CALVILLO MARA, SANCHEZ SALAS PILAR, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, BUSTOS MORELL CRISTINA, CASTELLAR OTIN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades digestivas, neurológicas, metabólicas, dermatológicas, oftalmológicas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

los pacientes que reciben tratamientos biológicos actualmente se extienden a cada vez más especialidades médicas, son pacientes cada vez más longevos y más complejos, que consumen un gran número de recursos (humanos y materiales). Además, son pacientes que necesitan una atención multidisciplinar, en todos los niveles asistenciales. Por otra parte, los tratamientos biológicos son medicamentos de alto impacto socio sanitario, y precisan un seguimiento estricto para conseguir que su elevado coste resulte eficiente. La comprobación de todos estos registros requiere tiempo y personal específicamente formado.

RESULTADOS ESPERADOS

los pacientes atendidos en las siguientes especialidades, Reumatología, Digestivo, Neurología, Endocrino, Medicina Interna, Dermatología y Oftalmología, manejan herramientas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que precisan de equipos multidisciplinarios (que incluyen médicos, enfermería y farmacia). Se necesita crear grupos de trabajo que fomenten el apoyo al paciente, a la calidad asistencial y a la investigación en este campo.

estas Unidades han demostrado capacidad para mejorar en los siguientes resultados,

- resultados en salud: objetivos terapéuticos claros y cuantificables, con una notable mejoría en los resultados.
- Resultados en calidad de vida: mejora en la percepción de los pacientes sobre su atención sanitaria y sobre su propia enfermedad
- Resultados económicos: mejora en la eficiencia en la administración de los tratamientos biológicos
- Resultados en los profesionales: motivación para la investigación y la formación continuada

Para cuantificar y clasificar los datos que permiten evaluar estos resultados se necesita tiempo, y se ha demostrado que un profesional de enfermería específicamente formado es plenamente capaz de realizar la labor de recogida y organización de datos, siendo mucho más eficiente para el sistema.

MÉTODO

Actividad: el conjunto de actividades que han de desarrollarse para alcanzar el uso racional de recursos (humanos y materiales) que perseguimos, debe ser organizada según unas líneas básicas de trabajo que comprendan:

- metodología clínica
- fármacos biológicos: monitorización, coordinación y gestión de incidencias
- seguimiento de fármacos biológicos, tanto orales como subcutáneos, entrenamiento y autoadministración
- consulta asistencial telefónica
- gestión de efectos adversos
- incidencias y adherencia terapéutica

El conjunto de actividades se desarrollarán de forma conjunta entre facultativos y personal de enfermería. Además, en actividad incluimos un taller específico de formación para la actualización en el uso racional de tratamientos biológicos, dirigido a médicos, enfermería, tanto de atención primaria como hospitalización, y servicio de urgencias.

INDICADORES

INDICADOR --> ESTÁNDAR

Creación de consulta específica de Enfermería con agenda propia: SI

Nº efectos adversos (toxicidades)/nº tratamientos totales: Reducción respecto año previo

Registro de consulta telefónica de control: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Artritis Reumatoide: SI

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Enfermedad Inflamatoria Intestinal: SI

Reducción del nº de visitas al FEA de Reumatología al trimestre respecto a sí mismo: SI

Encuesta de satisfacción a los pacientes y/o familiares: SI

% Informes de continuidad de cuidados dirigido a comunicación entre niveles asistenciales: 90%

Creación de Grupo de Investigación multidisciplinar entre medicina y enfermería para gestión del conocimiento adquirido: SI

Nº sesiones clínicas interdisciplinarias: 3/año

Existencia de circuito señalizado hospitalario: SI

DURACIÓN

Fecha inicio marzo 2018.

Responsables de implantación: coordinadora del proyecto (supervisora de enfermería de Hospital de Día de Área Médica, HGDAM)

Plan de comunicación al hospital por diferentes medios de difusión internos (Intranet, correo electrónico, sesiones presenciales).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0317

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE VERONICA CALDERERO ARAGON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUIRAL FERNANDEZ NURIA
CHARRO CALVILLO MARA
AURED DE LA SERNA ISABEL
ONCINS TORRES ROSA
PUJALA TORRALBA MARTA
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
HERNANDEZ GARCIA ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el 2018 todos los miembros implicados en el proyecto han revisado los protocolos de actuación propios de su especialidad y enviado un documento resumido y de consenso para elaborar, de forma conjunta, un protocolo de actuación que guíe las actuaciones del comité de tumores colorrectales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Está redactado ya el primer protocolo de actuación, pendiente de revisarse de forma conjunta y de llegar a un consenso y se ampliará este año con la parte específica correspondiente al cáncer de recto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El protocolo ayudará a guiar las actuaciones del comité de forma consensuada, organizada y de acuerdo a recomendaciones actualizadas y revisadas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/317 ===== ***

Nº de registro: 0317

Título
PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

Autores:
CALDERERO ARAGON VERONICA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, CHARRO CALVILLO MARA, AURED DE LA SERNA ISABEL, ONCINS TORRES ROSA, PUJALA TORRALBA MARTA, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, HERNANDEZ GARCIA ALBA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el comité de tumores digestivos se detecta la necesidad de coordinar y protocolizar, entre todos los especialistas implicados, el proceso diagnóstico-terapéutico completo del paciente afecto de cáncer de colon. Eso permitirá ajustar cada parte del proceso al mínimo plazo de tiempo posible y a las recomendaciones y guías clínicas nacionales e internacionales. Se trata de garantizar que el proceso se ajuste a los plazos y estándares establecidos, con una correcta colaboración y coordinación entre todos.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0317

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

Cada especialidad revisará las recomendaciones y evidencia científica correspondiente a su parte implicada en el proceso y desarrollará un circuito práctico, rápido y fácil para aplicar en nuestros pacientes. Ello debe agilizar el proceso, dejar establecidos los circuitos de funcionamiento y garantizar el correcto manejo de cada caso, dentro de nuestro área sanitaria y con nuestros recursos disponibles.

MÉTODO

El desarrollo, reparto de temas, protocolos y circuitos de actuación se harán de forma individual por cada uno de los servicios implicados, pero se revisarán, consensuarán y unificarán a través de comité de tumores.

INDICADORES

El proyecto final se redactará y se hará llegar a todas las especialidades implicadas (intrahospitalariamente, e incluso atención primaria).

El registro de tumores anual permitirá saber si se han cumplido plazos y estándares establecidos.

DURACIÓN

Se desarrollará el proyecto a lo largo del 2018.

Cada parte del proceso se redactará por la especialidad implicada, y la coordinación e implantación final se hará a través del comité de tumores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0317

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE VERONICA CALDERERO ARAGON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUIRAL FERNANDEZ NURIA
CHARRO CALVILLO MARA
AURED DE LA SERNA ISABEL
ONCINS TORRES ROSA
PUJALA TORRALBA MARTA
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
HERNANDEZ GARCIA ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el periodo 2018-2019 se ha procedido a protocolizar y unificar todas las actividades implicadas en el desarrollo del proceso diagnóstico terapéutico del carcinoma colorrectal a través del comité de tumores digestivos del H. Barbastro.

Cada servicio implicado ha desarrollado sus guías y recomendaciones, desde el cribado, hasta el control endoscópico, estudio anatómico patológico de las muestras, indicación y frecuencia de pruebas radiológicas, etc. Posteriormente, se ha unificado toda la información, para completar el Protocolo de actuación de todo el proceso, que guíe y asesore las decisiones del comité.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cada servicio ha hecho una revisión exhaustiva y actualizada de la parte correspondiente a su proceso. Una vez unificada toda la información, se ha procedido a la elaboración final del PROTOCOLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PARA EL CÁNCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU ÁREA SANITARIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión y protocolización de todos los items implicados en un proceso, facilita la toma de decisiones, evita las desviaciones respecto de los estándares establecidos y aporta calidad al procedimiento. Quedará pendiente su revisión periódica y permanente, para ir ajustando las recomendaciones a los cambios diagnóstico- terapéuticos que se producen evolutivamente, y mantener el protocolo actualizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/317 ===== ***

Nº de registro: 0317

Título
PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

Autores:
CALDERERO ARAGON VERONICA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, CHARRO CALVILLO MARA, AURED DE LA SERNA ISABEL, ONCINS TORRES ROSA, PUJALA TORRALBA MARTA, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, HERNANDEZ GARCIA ALBA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el comité de tumores digestivos se detecta la necesidad de coordinar y protocolizar, entre todos los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0317

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

especialistas implicados, el proceso diagnóstico-terapéutico completo del paciente afecto de cáncer de colon. Eso permitirá ajustar cada parte del proceso al mínimo plazo de tiempo posible y a las recomendaciones y guías clínicas nacionales e internacionales. Se trata de garantizar que el proceso se ajuste a los plazos y estándares establecidos, con una correcta colaboración y coordinación entre todos.

RESULTADOS ESPERADOS

Cada especialidad revisará las recomendaciones y evidencia científica correspondiente a su parte implicada en el proceso y desarrollará un circuito práctico, rápido y fácil para aplicar en nuestros pacientes. Ello debe de agilizar el proceso, dejar establecidos los circuitos de funcionamiento y garantizar el correcto manejo de cada caso, dentro de nuestro área sanitaria y con nuestros recursos disponibles.

MÉTODO

El desarrollo, reparto de temas, protocolos y circuitos de actuación se harán de forma individual por cada uno de los servicios implicados, pero se revisarán, consensuarán y unificarán a través de comité de tumores.

INDICADORES

El proyecto final se redactará y se hará llegar a todas las especialidades implicadas (intrahospitalariamente, e incluso atención primaria). El registro de tumores anual permitirá saber si se han cumplido plazos y estándares establecidos.

DURACIÓN

Se desarrollará el proyecto a lo largo del 2018. Cada parte del proceso se redactará por la especialidad implicada, y la coordinación e implantación final se hará a través del comité de tumores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0331

1. TÍTULO

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS

Fecha de entrada: 17/12/2018

2. RESPONSABLE JESUS FLORIAN GERICO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ GARCIA ALBA
CALDERERO ARAGON VERONICA
TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ
LORIENTE MARTINEZ CLARA
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA
BENITO RUIZ BEATRIZ
ANDRES ALIERTA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REALIZACION DE GUIA DE ACTUACIÓN. REGISTRO DE PACIENTES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

REALIZACIÓN, DIVULGACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE GUIA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PACIENTE ONCOLOGICO CON TUMOR SOLIDO Y FIEBRE NEUTROPENICA DE BUEN PRONÓSTICO.
REALIZACIÓN DE BUSQUEDA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS CON DICHAS CARACTERISTICAS EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos divulgado de manera adecuada nuestra propuesta de mejora de calidad.
El análisis de los datos obtenidos ha sido insuficiente para obtener conclusiones válidas. Por ello solicitamos la continuidad del proyecto en el periodo enero-diciembre 2019.

7. OBSERVACIONES.

Solicitamos continuidad del proyecto de calidad de mejora.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/331 ===== ***

Nº de registro: 0331

Título

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS

Autores:

FLORIAN GERICO JESUS, HERNANDEZ GARCIA ALBA, CALDERERO ARAGON VERONICA, TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ, LORIENTE MARTINEZ CLARA, LOPEZ HERNANDEZ MARICELA, BENITO RUIZ BEATRIZ, ANDRES ALIERTA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Evitar el ingreso de pacientes de buen pronóstico, que no se benefician del mismo

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir el numero de ingresos

MÉTODO

Elaboración de una guía de actuación
Presentación del la guía de actuación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0331

1. TÍTULO

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS

INDICADORES

Elaboración de una base de datos de los pacientes atendidos en Urgencias

DURACIÓN

Inicio en el mes de Junio y sin fecha de finalización
A finales de 2018 se hara una evaluación de los datos recogidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0383

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ALBA HERNANDEZ GARCIA
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro H BARBASTRO
 · Localidad BARBASTRO
 · Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
 · Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 FLORIAN JERICO JESUS
 CALDERERO ARAGON VERONICA
 NASARRE GER ANA
 BUETAS AURE REYES
 VAL BALLARIN ESTHER
 URFANEL SANCHON MARIA JOSE
 PEREZ AMAYA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La calidad del cuidado del paciente oncológico es un aspecto primordial en la atención médica actual. En los últimos años la actividad del Hospital de Barbastro en el Servicio de Oncología Médica se ha incrementado, lo que ha dado lugar a la incorporación de un tercer oncólogo. Actualmente el equipo de oncología medica esta formado:

- Tres oncólogos médicos
- Una enfermera de consulta de Oncología médica
- Hospital de día: 3 enfermas y 1 auxiliar de enfermería.

Ante esta labor creciente, así como la incorporación de un nuevo miembro al equipo médico, hizo plantearse la necesidad de la creación de un proyecto con el fin de mejorar la asistencia integral al paciente oncológico, de manera que se ajusto la actividad diaria para que cada oncólogo médico realizase una actividad específica, con el fin de aumentar la eficacia, disminuyendo la mala praxis que podrían suponer las salidas continuas de la consulta e interrupciones continuas.

Se evaluo la actividad y se repartio la patología oncológica con el fin de plantear las necesidades asistenciales:

1. Oncologo 1: cáncer de mama y cerebrales
2. Oncologo 2: tumores digestivos (colorrectal, páncreas, esófago-gástricos, vía biliar), tumores neuroendocrinos y tumores urológicos.
3. Oncologo 3: cáncer de pulmón, cáncer ginecológico, cáncer de cabeza y cuello, melanoma y sarcomas.

De manera que se establece, teniendo en cuenta una reevaluación continua que cada oncólogo tuviese:

- Dos días de Hospital de día para tratamientos oncológicos
- Dos días de planta, para asistencia de pacientes hospitalizados, hojas de consulta y atención a urgencias.
- Tres días para revisiones, primeros días, así como comités de tumores.

DOCTORES	Lunes	Martes	miércoles	Jueves	Viernes
Oncologo 1	H.DIA	Planta			
Consulta (rev y 1ª)		Consulta (rev y 1ª)			
H.DIA	Planta				
Consulta (rev y 1ª)					
Oncologo 2	H.DIA	Planta			
Consulta (rev y 1ª)	H.DIA	Planta			
Consulta (rev y 1ª)	Consulta (rev y 1ª)				
Oncologo 3	Planta				
Consulta (rev y 1ª)	H.DIA	Planta			
Consulta (rev y 1ª)	Consulta (rev y 1ª)		H.DIA		

De esta manera, también se estableció un atención eficaz que mejoraba de forma directa la actividad asistencial de enfermería de Hospital de día así como del Servicio de Farmacia, estableciendo una agenda en que los pacientes son citados por horario para su tratamiento con el fin de evitar colapso, retrasos o esperas de los pacientes.

Ante el cambio de la estructura del servicio médico de Oncología Médica, se establece también una línea de cambio en la asistencia sanitaria de la consulta de enfermería de Oncología Médica, cuya actividad se establece:

- Soporte de apoyo a consulta de Oncología que lleva Hospital de día.
- Consulta de toxicidades en colaboración con oncologo médico que corresponda para pacientes en tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0383

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA

activo.

- Valoración de primeros días, junto con oncologo medico para dar una valoración integral al paciente y establecer un seguimiento personalizado según los requerimientos del paciente (nutricionales, sociales, físicos, psicológicos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado aunque se ha medido de forma "subjetiva", se ha podido ver de forma indirecta objetiva una adecuación de la organización, con la incorporación del tercer oncólogo medico, de manera que el reparto y organización de la labor asistencial ha repercutido de forma positiva en los pacientes su atención y calidad asistencial; influyendo también de forma positiva en todo el personal del servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La organización asistencial es clave en la praxis clínica medica, de manera que una buena adecuación de los sistemas y recursos, es una de las formas más positivas de mejorar la labor asistencial, en la praxis clínica; habiendo experimentado un efecto positivo no solo en los pacientes, sino también en el personal involucrado en la atención.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/383 ===== ***

Nº de registro: 0383

Título
IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA

Autores:
HERNANDEZ GARCIA ALBA, FLORIAN GERICO JESUS, CALDERERO ARAGON VERONICA, NASARRE GER ANA, BUETAS AURE REYES, VAL BALLARIN ESTHER, URFANEL SANCHON MARIA JOSE, PEREZ AMAYA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La finalidad del proyecto es la organización y mejora de la consulta de oncología medica de cara al proceso asistencial del paciente oncológico, con el fin de mejorar la asistencia y que repercuta de forma positiva en la asistencia, la eficiencia del los recursos.
En base a un aumento creciente de la patología oncológica, los nuevos tratamientos así como la complejidad de los procesos diagnósticos-terapéuticos.

RESULTADOS ESPERADOS

-Mejora del proceso asistencial del paciente oncológico y su proceso.

MÉTODO

-Diagrama del paciente oncológico en Hospital de Barbastro.
-Organización de consulta en función de tratamiento, revisiones y hospitalización
-Consulta de toxicidades en conjunto enfermera-medico, con el fin de disminuir la asistencia al servicio de urgencias.
-Reuniones del equipo de forma periódica (mínimo 2 veces al mes)
-Formación continuada en toxicidades, de acuerdo a los nuevos tratamientos que van apareciendo.

INDICADORES

-La evaluación será continuada revisando y mejorando el diagrama de flujo del paciente oncológico en Hospital de Barbastro.
-Desde la consulta de oncología de toxicidad se evaluará cuanto se disminuye la frecuentación a servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0383

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA

urgencias.

-Para todo ello se dispone de una base de datos que recogerá los diferentes procesos del paciente oncológico.

DURACIÓN

-La duración es indefinida, y se evaluará de forma trimestral, para establecer puntos de mejora del proceso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0365

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROQUE TAVERAS LUCRECIA
TERRE FALCON RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A través de los pacientes que han acudido al Servicio de Urgencias derivados del centro de Salud o que han acudido por voluntad propia, se les ha realizado un protocolo de actuación ante la sospecha de sordera súbita. Llegaron 6 pacientes a nuestro Servicio, se les realizaba una anamnesis completa, otoscopia, timpanograma, acumetría y audiometría tonal con vía ósea y aérea para su diagnóstico. Los pacientes diagnosticados de Sordera brusca fueron aquellos que refirieron una hipoacusia neurosensorial brusca (en menos de 72 horas) con pérdida de más de 30 db en 3 frecuencias consecutivas en la audiometría tonal. Cuando no hubo una audiometría basal, se utilizó el oído sano como referencia. La exploración por otoscopia de estos pacientes fue normal con un Weber lateralizado al oído sano y un Rinne + en el oído enfermo. El timpanograma era normal. Una vez realizado el diagnóstico correcto de esta patología se pedía una batería de pruebas que incluyeron: Resonancia Magnética de Conductos auditivos internos y Analítica de sangre (hemograma, Velocidad de Sedimentación Glomerular, Anticuerpos antiNucleares y serología luética). En todos los pacientes, las diferentes pruebas resultaron normales. Se comenzó de manera inmediata al diagnóstico el tratamiento pertinente que consistió, de inició en todos los casos, en prednisona 1mg/kg/día oral durante 14 días con dosis decreciente con omeprazol 20mg 1/24h en ayunas 14 días. Los pacientes se revisaron a los 14 días con una nueva audiometría tonal. De los 6 pacientes, 2 tuvieron una mejoría casi completa con el tratamiento pautado. Los 4 pacientes restantes que mejoraron poco o nada fueron sometidos a inyecciones de corticoides intratimpánicas semanalmente hasta en 3 ocasiones. De los 4, sólo 2 pacientes mejoraron con las inyecciones. Se realizó entonces también una audiometría a los 30 y 90 días posttratamiento cumpliendo los plazos y dando prioridad a estos pacientes en las citaciones. Los pacientes con más pérdida tras completar el tratamiento se les recomendó adaptación audiotrófica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 6 pacientes, 2 recuperaron completamente, 2 mejoraron parcialmente y 2 no recuperaron. Los criterios de mejoría son los siguientes: recuperación completa si está similar a la basal +- 20dB, recuperación parcial con recuperación entre 20-30dB y sin mejoría menos de 10dB de ganancia. Estos resultados coinciden con los obtenidos en otras series de datos similares.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El protocolo que hemos seguido durante el estudio iguala los resultados de otros estudios similares por lo que es el camino a seguir en el futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/365 ===== ***

Nº de registro: 0365

Título
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL

Autores:
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, ROQUE TAVERAS LUCRECIA, CORTIZO VAZQUEZ ELOY, TERRE FALCON RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0365

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL

Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La sordera súbita es una hipoacusia neurosensorial con un inicio brusco en menos de 72 horas. Su etiología es desconocida habiendo varias teorías: viral, vascular autoinmune.
Se puede dar en gente joven.
Siempre ha existido mucha controversia sobre los medios a aplicar en esta patología.
Se ha visto que cuanto antes se instaure el tratamiento, mejor es el pronóstico de esta enfermedad.
El tratamiento consistirá en corticoides sistémicos, preferiblemente por vía oral y corticoides intratimpánicos de rescate.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un protocolo diagnóstico y de tratamiento en la sordera súbita

MÉTODO

Realización de charlas con el personal de servicio de Urgencias y Centros de Salud para la detección precoz de esta patología y su derivación al Servicio de ORL ante sus sospecha.
Esto facilitará la instauración del tratamiento cuanto antes.
Se dará prioridad a estos pacientes de cara a las citaciones y realización de audiometrías.

INDICADORES

Para su valoración se realizará otoscopia, timpanograma, acumetría y audiometría
Se hará un estudio de cada paciente en el momento del diagnóstico una analítica de sangre con marcadores de enfermedades autoinmune (ANAs, ANCAs), RMN CAIS para descartar patología tumoral, y la realización de varias audiometrías postratamiento de control en los días 15, 30, 90.

DURACIÓN

Este estudio se realizará desde Mayo 2018 a Mayo 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0622

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE LUCRECIA ROQUE TAVERAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN
CORTIZO VAZQUEZ ELOY
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
BONAGA SERRANO BEATRIZ
GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de reunión de coordinación interservicio.
Búsqueda de referencias bibliográficas.
Elaboración de formularios y algoritmos de derivación y manejo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Generación de formularios de anamnesis y exploración física para paciente con disfonía con la finalidad de facilitar la elaboración de una historia clínica más completa.
Realización de un algoritmo de actuación en pacientes con disfonía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la realización de estos formularios y su aplicación se espera Garantizar una mejora en el proceso de interconsulta entre los servicios involucrados como son el servicio de Otorrinolaringología, Neurología y Rehabilitación, siendo esto apenas un inicio en la mejora de los servicios en materia de patología de la voz.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/622 ===== ***

Nº de registro: 0622

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA

Autores:
ROQUE TAVERAS LUCRECIA, ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, CORTIZO VAZQUEZ ELOY, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, BONAGA SERRANO BEATRIZ, GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una voz que funciona bien es una herramienta esencial para un tercio de la fuerza de trabajo (1,2). Los problemas de voz entre los usuarios de voz profesional tienen un gran impacto negativo, comparado con la población general, ya que afectan en su capacidad de trabajar, en su sentido general de bienestar, y a veces en el propio sentido de sí mismo (3). Los usuarios profesionales de voz incluyen no sólo cantantes y actores, sino también clérigos, profesores, recepcionistas, personal de ventas, médicos y cualquier otra persona cuya capacidad de ganarse la vida se ve afectada negativamente por la pérdida de calidad vocal y resistencia (4),

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0622

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA

por eso yo en lo particular y en mi opinión personal creo que profesionales de la voz somos todos. Los trastornos de la voz ocupacional constituyen la categoría de enfermedades profesionales más frecuentemente certificadas, por ejemplo en Polonia representa aproximadamente el 20% de todos los casos (5). Villanueva-Reyes A. (2011); Realizó un estudio en profesionales de la voz, estudiando las siguientes variables: sexo, edad, ocupación, posibles riesgos laborales, diagnóstico y tipo de tratamiento. Los resultados revelaron que el 81% de todos los casos de trastornos de la voz encontrados durante el estudio eran mujeres. La edad media de diagnóstico de los diferentes trastornos de la voz fue de 42 años. Los problemas vocales fueron reportados con mayor frecuencia por los maestros de primaria y secundaria (72%). Las quejas más comunes fueron el uso excesivo de voz relacionado con el trabajo (30%) y exceso de polvo en el lugar de trabajo. Los diagnósticos médicos más frecuentes relacionados con trastornos de la voz fueron rinofaringitis (27%), varios tipos de laringitis (21%) y laringofaringitis (10%). La modalidad de tratamiento más frecuente para los problemas de la laringe y la voz fue la prescripción de la medicación. Concluyó que el factor más relevante de los trastornos de voz para los usuarios de voz profesional es la sobrecarga vocal durante su trabajo, recomendando implementar programas de prevención de trastornos de la voz debido a la alta tasa de disfunción vocal entre estos profesionales (6).

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar un protocolo de actuación en pacientes con disfonía.

MÉTODO

Realizar un protocolo de actuación en pacientes con disfonía.
Generar formularios de anamnesis y exploración física para paciente con disfonía con la finalidad de facilitar la elaboración de una historia clínica más completa.
Garantizar una mejora en el proceso de interconsulta entre los servicios involucrados como son el servicio de Otorrinolaringología, Neurología y Rehabilitación.

INDICADORES

Protocolo de actuación realizado.
La realización de encuestas y formularios de anamnesis y exploración física.

DURACIÓN

3 de Septiembre 2018: reunión interservicio.
1 de Octubre de 2018: búsqueda de referencias bibliográficas.
7 de Enero : elaboración de formularios y protocolos.
6 de Mayo: Inicio de aplicación de protocolo y formularios creados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0093

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE CAYETANA VERASTEGUI MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARBERA PEREZ PAULA MARIA
MONTORI AYALA CRISTINA
RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA IGNACIO
LANAU LACORT ANA
GIRON GARCIA PAZ
FACI ALCALDE ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron charlas informativas durante el mes de marzo, para dar a conocer al personal de la planta de materno-infantil (pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares) los cambios relacionados con los factores de riesgo a tener en cuenta para la nueva sistematización de monitorización de los niveles de glucosa de los neonatos. Se cambió el protocolo de actuación en neonatos con riesgo de hipoglucemias, reduciendo el número de mediciones en todos aquellos que no fueran hijos de madre con diabetes insulino dependiente, que son los únicos que precisan controles exhaustivos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualmente, gracias a la aplicación del nuevo protocolo al que tienen acceso enfermeras y pediatras en el control de la planta materno infantil, el 100% de neonatos con riesgo de hipoglucemia (pequeños (<p10)/grandes para edad gestacional (p>90) según tablas de percentiles, prematuros tardíos 34-37 semanas de edad gestacional e hijos de madres no insulino dependientes) se han beneficiado de recibir menos mediciones de glucemias capilares, sin encontrar en ningún caso incidencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En nuestra unidad, al año aproximadamente el 19% de neonatos son subsidiarios de controles glucémicos y de estos solo el 10% precisa controles exhaustivos. Es decir cerca de 110 neonatos al año se han ahorrado al menos 4 controles glucémicos en sus primeras 24 horas de vida, facilitando el apego con la madre, la lactancia materna y evitando el dolor de pinchazos prescindibles. En nuestra unidad estamos muy satisfechos con el nuevo protocolo y continuaremos con el mismo por el momento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/93 ===== ***

Nº de registro: 0093

Título
ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

Autores:
VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA, BARBERA PEREZ PAULA MARIA, MONTORI AYALA CRISTINA, RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO, LANAU LACORT ANA, GIRON GARCIA PAZ, FACI ALCALDE ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0093

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

La hipoglucemia es la alteración metabólica más frecuente en el periodo neonatal: 30-40% en hijos de madre diabética y 10-15% en recién nacidos a término. El mantenimiento de la normoglucemia durante el periodo neonatal va a depender de la presencia de reservas de glucógeno y de grasa adecuada, de una glucógenolisis y gluconeogénesis efectiva y de la integración de los cambios adaptativos endocrinos y gastrointestinales con el ayuno y la alimentación. Es más frecuente que se produzcan hipoglucemias en las primeras 72 horas. En nuestro hospital se realizan controles sistemáticos de glucemia a hijos de madre diabética, independientemente de si está controlada con insulina o con dieta a la 1,3,6,12,24 horas de vida. Al resto de neonatos según clínica. Dada la importancia de diagnosticar y tratar precozmente las hipoglucemias neonatales asintomáticas, por sus consecuencias neurológicas a medio y largo plazo, es preciso actualizar las indicaciones de determinación de glucemia, según diferentes factores de riesgo, y reducirlas en aquellos casos que no precisen un control tan estrecho, para evitar acciones cruentas innecesarias en los neonatos.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar los neonatos que precisan monitorización de los niveles de glucosa y el número de mediciones sistematizadas según sus factores de riesgo:

- Neonatos hijos de madre diabética insulino dependiente (gestacional o pregestacional): Glucemias a la 1-3-6-18-24 horas de vida, pretoma. Si las 2 últimas > 45mg/dL suspender.
- Neonatos hijos de madre diabética controlada con dieta: solo si clínica sugestiva (cambios en el nivel de conciencia, letargia, apatía, flacidez, apnea, llanto débil, temblor, irritabilidad, pobre succión, vómitos, taquipnea, apnea, cianosis, convulsiones y coma)
- Embarazo sin controlar, O'Soullivan desconocido, Grande o Pequeño para edad gestacional (según tablas de percentiles >p90,<p3) o neonato pretérmino tardío (34-37SEG): Glucemias cada 3 horas durante 8 horas. Si las 2 últimas > 45mg/dL suspender.

MÉTODO

Se realizarán charlas informativas durante 1 mes, para dar a conocer al personal de la planta de materno-infantil (pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares) los cambios relacionados con los factores de riesgo a tener en cuenta para la nueva sistematización de monitorización de los niveles de glucosa de los neonatos. Los cambios previstos son eliminar el número de mediciones de glucemias en los hijos de madre diabética no insulino dependiente y cribar a aquellos neonatos con los factores de riesgo arriba descritos para detectar hipoglucemias antes de que sean sintomáticas.

INDICADORES

1. Cribado de hipoglucemia: Total de neonatos asintomáticos con factores de riesgo que se les realiza glucemia/Total de RN con factores de riesgo: >80%
2. No realizar glucemias rutinarias a neonatos hijos de madre diabética no insulino dependiente: >80%
3. Hipoglucemias en Neonatos no incluidos en el cribado: neonatos con hipoglucemia sin factores de riesgo/ neonatos totales sin factores de riesgo: <15%

DURACIÓN

Charlas informativas durante el mes de Febrero 2018 e instauración inmediata de los nuevos criterios de monitorización de niveles de glucosa. Evaluación de indicadores en 6 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0111

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE MARIANO PLANA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FACI ALCALDE ELENA
ABADIAS CUELLO YOLANDA
COSTA RODRIGUEZ PAULA
DEFIOR SANTAMARIA SARA
MONTORI ANAYA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras revisión bibliográfica y puesta en común, se ha realizado el protocolo. Se ha presentado al servicio de farmacia y anestesia, quedando pendientes de su valoración para redacción definitiva y puesta en marcha (se ha ido formando al personal para la adecuación de la actividad y realización de sedoanalgesia en procedimientos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto al uso de anestesia tópica, se ha obtenido un valor cercano al 100%. En procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, el valor se sitúa alrededor del 40%. La recogida de los datos se ha realizado a partir del programa de urgencias (PCH). Pensamos que es un paso muy importante a nivel de satisfacción de los pacientes pediátricos y sus familias, y dotaremos de seguridad la realización de la sedoanalgesia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha objetivado un uso adecuado de la anestesia tópica, no así en procedimientos de sedoanalgesia mas complejos, sobre los cuales habrá que incidir y valorar la posibilidad de realizar formación acerca de la misma.

7. OBSERVACIONES.
Envié por error esto al año 2017.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/111 ===== ***

Nº de registro: 0111

Título
PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

Autores:
PLANA FERNANDEZ MARIANO, BARBERA PEREZ PAULA MARIA, FACI ALCALDE ELENA, ABADIAS CUELLO YOLANDA, COSTA RODRIGUEZ PAULA, DEFIOR SANTAMARIA SARA, MONTORI ANAYA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ante la ausencia de un protocolo reglado para evitar la ansiedad y el dolor en los pacientes pediátricos ante los procedimientos que tuvieran que practicarse, creemos que es necesario implementar un protocolo para evitar dichos efectos adversos.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir/eliminar el dolor y la ansiedad de los pacientes pediátricos en la realización de procedimientos.

MÉTODO
Se revisará la farmacopea existente con sus indicaciones y dosis en edad pediátrica en los campos analgesia,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0111

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

sedación y sedoanalgesia. Se elaborará un protocolo que será revisado por el servicio de farmacia hospitalaria. Posteriormente se presentará a los miembros del servicio de pediatría, urgencias y anestesia. La intención es su introducción paulatina en colaboración con otros servicios (traumatología por ejemplo) para su aplicación de forma rutinaria y su añadidura a la cartera de servicios.

INDICADORES

- Uso de anestesia tópica en procedimientos dolorosos: nº de pacientes sometidos a procedimientos con utilización de anestesia tópica dividido nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de utilizar anestesia tópica x100. Estándar 100%.
- Utilización de sedoanalgesia en procedimientos: nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, en la que ésta se llevo a cabo dividido por nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, x 100. Estándar 80%.
Fuente de datos: documentación clínica.

DURACIÓN

3 meses para revisión de bibliografía.
1 mes para puesta en común de los datos: nº de pacientes sometidos a procedimientos Con utilización de anestesia tópica dividido por el nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de utilizar anestesia tópica x 100. estándar 100%.
3 meses para elaboración de un borrador y valoración posterior de su adecuación.
1 mes para revisión por el servicio de farmacia y anestesia.
2 meses para correcciones según recomendaciones de los servicios anteriores y nueva puesta en común para elaboración del definitivo.
1 mes para revisión por los servicios indicados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0113

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSP. BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE Begoña Lopez Alonso
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BALLARIN BUISAN SUSANA
GIRON GRACIA PAZ
VILCHEZ BRUNED ELENA
LARROYA DOMPER ANA
MONTESINOS FRANCO CARMEN
MORANCHO CASTRO PILAR
SABES SOLANO ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Durante el mes de Abril se elaboró la guía de uso y mantenimiento de cada uno de los aparatos incluidos en el proyecto, en formato papel y en Powerpoint. El equipo de trabajo se distribuyó en tres grupos, uno por aparato, formado por TCAES y DUES; se pusieron en común para realizar las correcciones oportunas.
2. Se instaló en el escritorio de todos los ordenadores de trabajo un acceso directo a la carpeta con las guías y Powerpoint. El manual de uso en formato papel se encuentra accesible en la mesa central de trabajo del Servicio.
3. Los miércoles y jueves de Mayo se impartieron talleres para personal habitual, aprovechando mayor presencia de trabajadores por cartelera.
4. Talleres en meses de verano al personal de nueva incorporación, en Materno-Infantil para OAF y en Partos para cuna térmica e incubadora.
5. Curso de Transporte Neonatal y Pediátrico, días 14 y 15 Noviembre 2018 en este hospital. Colaboración en taller sobre manejo de incubadora y casos prácticos sobre RCP neonatal en cuna térmica, estabilización y traslado.
6. Se facilitó la asistencia mediante horarios flexibles.
7. Registro de firmas de asistencia a talleres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El personal implicado en el uso de estos aparatos ha recibido información sobre la existencia de las guías elaboradas.
2. Reconocimiento expreso por parte del personal, del fácil acceso y útil manejo de estos manuales, tanto para uso como para limpieza.
3. Alto porcentaje de asistencia a los talleres (100%), mediante registro de firmas.
4. Se han reforzado conocimientos, con personal sanitario mejor formado, lo que repercute en la optimización de los cuidados prestados en situaciones de urgencia y en la utilización de los recursos sanitarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tanto el grupo de trabajo como el personal asistente a los talleres teórico-prácticos valoran positivamente este proyecto. Los manuales son accesibles, de fácil manejo y muy gráficos, lo que permite recurrir a ellos cómoda y rápidamente en caso necesario. Sin embargo, se considera importante impartir estos talleres periódicamente con el fin de mantener y actualizar los conocimientos adquiridos. El calendario se decidiría con la supervisora del Servicio, haciéndolos extensibles al personal fijo y al eventual.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/113 ===== ***

Nº de registro: 0113

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSP. DE BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO (OAF)

Autores:
LOPEZ ALONSO Begoña, BALLARIN BUISAN SUSANA, GIRON GRACIA PAZ, VILCHEZ BRUNED ELENA, LARROYA DOMPER ANA, MONTESINOS FRANCO CARMEN, MORANCHO CASTRO PILAR, SABES SOLANO ESTHER

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0113

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSP. BARBASTRO: CUNA TÉRMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermedades del paciente neonato y pediátrico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Guía de uso, limpieza y mantenimiento de la cuna térmica, incubadora de transporte y OAF.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de Pediatría de este hospital ha sido dotado recientemente con una cuna térmica, una incubadora de transporte y oxigenoterapia de alto flujo. Se considera necesario que todo el personal implicado en su manejo conozca su funcionamiento, limpieza y mantenimiento, con el fin de que la atención al paciente pediátrico y neonato se realice de forma eficaz.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Formación del personal sanitario de este servicio en el manejo y limpieza de estos aparatos.
- 2- Facilitar el aprendizaje al personal sanitario de nueva incorporación.
- 3- Mejorar la utilización de los recursos sanitarios.
- 4- Optimizar los cuidados al paciente pediátrico y neonato.

MÉTODO

- 1- Crear guías de uso, limpieza y mantenimiento de la cuna térmica, incubadora de transporte y OAF
- 2- Realización de cuatro sesiones teórico- prácticas ; durante el periodo estival se realizará alguna más en función de las nuevas incorporaciones.
- 3- Soporte escrito y audiovisual que incluya toda la información, accesible a todo el personal implicado.

INDICADORES

- 1- Porcentaje de personal adscrito al Servicio de Materno-Infantil, susceptible de manejarlo, que conoce dicho manejo.
- 2- Porcentaje de personal eventual en periodo vacacional que recibe formación en el uso y manejo de estos aparatos.
- 3- El valor a alcanzar será la asistencia a los talleres del 100% del personal. Se evaluará mediante el registro de firmas.

DURACIÓN

Se estima una duración de ocho meses, entre abril y diciembre de 2018.

- ? Abril: crear las guías escritas y audiovisuales, así como una carpeta en la intranet con todo este material, accesible a todo el personal.
- ? Abril-Mayo:
? Dos talleres teórico-prácticos para el personal habitual
? Junio-Septiembre:
? Dos talleres al inicio del periodo vacacional.
? Repeticiones en función de las nuevas incorporaciones.
? Los talleres prácticos relacionados con la cuna térmica y la incubadora de transporte se realizarán en la sala de partos donde se ubican de forma permanente, siempre que sea posible.
? Mientras se lleve a cabo este proyecto se informará y facilitará a todo el personal el acceso al material escrito y audiovisual creado para este fin.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0113

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSP. BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0268

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE PAULA MARIA BARBERA PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARROYA DOMPER ANA
PALACIO LIESA MIRYAN
ARCAS LALIENA ALBA
VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA
MONTESINOS FRANCO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Uno de los principales objetivos de este proyecto de calidad era hacer una correcta indicación de la fototerapia, así como unificar criterios. Para conseguir este objetivo se realizó un protocolo diagnóstico, donde se incidió en el uso de la bilirrubina transcutánea y bilirrubina venosa, y cuando elegir cada procedimiento. Además se realizó un cartel que se colocó en la sala de exploración de los recién nacidos, visible para todo el servicio, con las gráficas más actualizadas con los puntos de corte de bilirrubina, por encima de los cuales se precisa tratamiento con fototerapia. Gracias a estas medidas se ha podido indicar la fototerapia de forma correcta y unificada. Gracias a este proyecto de calidad se ha revisado todo el material utilizado en el tratamiento de fototerapia, y hemos conseguido que nos cambien las lámparas, para que cumplan los estándares adecuados. En este proyecto se elaboró un protocolo de actuación para todo tipo de profesionales, que está disponible tanto impreso como en los ordenadores de la planta, accesible a todos. También se elaboró una hoja informativa para padres, explicándoles de forma sencilla en que consiste la ictericia neonatal y cómo pueden participar ellos en los cuidados del recién nacido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2018 hubo un total de 56 niños en los que se detectó ictericia, de un total de 615 recién nacidos en este período. De esos 56 casos, solo 21 precisaron ingreso para tratamiento con fototerapia. El 100% de las fototerapias fueron indicadas de forma correcta, cumpliendo así el primero de los objetivos. Se ha entrenado al personal en la colocación de las lámparas, y se han cambiado las lámparas por otras nuevas. En todos los casos la colocación de las lámparas fue correcta, y no se ha registrado ninguna incidencia ni complicación. Uno de los mayores problemas de los recién nacidos en tratamiento con fototerapia es el mantenimiento de la lactancia materna. Gracias a las hojas informativas y al apoyo del personal, se ha conseguido mantener el 100% de las lactancias maternas durante el ingreso por fototerapia. Esto se ha conseguido sacar al recién nacido de la cuna durante las tomas, interrumpiendo el tratamiento durante breves períodos de tiempo, o ayudando a las madres a extraerse leche y dársela al recién nacido con jeringuilla.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido de gran utilidad colocar las gráficas de punto de corte de ictericia para precisar tratamiento con fototerapia en la zona de exploración de recién nacidos, para favorecer la adecuada indicación de este tratamiento, así como entrenar al personal médico en el uso de bilirrubina transcutánea y bilirrubina venosa. Ha sido también muy positivo elaborar la hoja de información para padres, ya que se ha disminuido el nivel de ansiedad y preocupación en ellos, permitiendo que colaborasen de manera más activa en los cuidados del recién nacido, y favoreciendo del mismo modo la lactancia materna durante el tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/268 ===== ***

Nº de registro: 0268

Título
ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES

Autores:
BARBERA PEREZ PAULA MARIA, LARROYA DOMPER ANA, PALACIO LIESA MIRYAN, ARCAS LALIENA ALBA, VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA, MONTESINOS FRANCO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0268

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hiperbilirrubinemia representa la causa más común de reingreso hospitalario en la primera semana de vida. Es una situación clínica común y generalmente benigna en el recién nacido a término y prematuro tardío. En nuestro hospital, la hiperbilirrubinemia es una de las patologías más frecuentes en el recién nacido y puede producir la separación madre-hijo durante los primeros días de vida. Es de vital importancia, el diagnóstico y el tratamiento precoz para evitar posibles complicaciones y prolongar el tiempo de tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
-Ser capaces de identificar aquellos niños con hiperbilirrubinemia.
-Conocer y utilizar correctamente los distintos tipos de fototerapia.
-Mantener una concentración de bilirrubina sérica por debajo del nivel asociado a encefalopatía.
-Unificar criterios.
-Prevenir los efectos indeseables de la fototerapia: deshidratación, hipertermia o daño ocular, entre otros.
-Fomentar y favorecer la continuación de la lactancia materna durante el tratamiento con fototerapia.

MÉTODO
Se ha elaborado un nuevo protocolo para el personal de la planta, así como hojas informativas para padres. Además se realizarán charlas informativas durante 1 mes, para dar a conocer al personal de la planta de materno-infantil (pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares) el nuevo protocolo, al haber nuevos criterios de fototerapia, cómo colocar las lámparas y cómo deben ser alimentados los recién nacidos sometidos a fototerapia.

INDICADORES
1. Correcta indicación de la fototerapia: 100%.
2. Adecuada información a los padres, haciéndolos partícipes del tratamiento: 100%.
3. Correcta colocación y utilización de las lámparas: 100%.
4. Fomentar la lactancia materna durante todo el tratamiento: 100%.

DURACIÓN
Elaboración del protocolo y hoja informativas para padres, realizadas durante el mes de febrero. Charlas informativas durante el mes de Abril 2018 e instauración inmediata del protocolo. Evaluación de indicadores en 6 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0328

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE IGNACIO RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABIZANDA GUILLEN ANA
DELGADO BUENO ANA
JANER SUBIAS ELENA
LAMARCA GAY ROCIO
LOPEZ ALONSO BEGOÑA
PERALTA RUFAS ESTHER MARIA
VILCHEZ BRUNED ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Se ha elaborado el Protocolo "MANEJO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN PEDIATRÍA: COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA - ESPECIALIZADA", con la implicación de Pediatras de los Centros de Salud del Sector, así como de personal de enfermería. Está pendiente de ser valorado por la Comisión de Calidad. Una vez aprobado, se podrá consultar en la Intranet del Sector por todos los profesionales implicados.

2.- Dicho protocolo incluye como Anexos las "Recomendaciones para la vigilancia domiciliaria en la infección del tracto urinario", y las "Recomendaciones de recogida de la muestra de orina". Esta información se podrá imprimir desde la consulta y entregar a los responsables del paciente.

3.- Se han mantenido 3 reuniones presenciales entre los miembros del Proyecto para poner en común los problemas asistenciales y de logística relacionados con el manejo de las infecciones urinarias, analizar las últimas evidencias científicas, y unificar criterios para el desarrollo del Protocolo.

4.- Se realizó el Curso presencial "ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA. OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA COORDINACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA" en el Hospital de Barbastro los días 2 y 9 de octubre, acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón con 0,8 créditos.

5.- Se han analizado los indicadores propuestos inicialmente con el objetivo de conocer el manejo actual y poder así compararlos con los indicadores una vez implementado el Protocolo. Los datos consultados proceden de los niños atendidos en Urgencias y derivados desde los Centros de Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- El Protocolo de Coordinación Atención Primaria y Especializada acaba de ser consensuado en Enero de 2019, por lo que no podemos evaluar los indicadores una vez implementado.

2.- Los indicadores analizados en el año 2018, previo a la instauración de dicho protocolo son:
Número de historias en el que consta método de recogida de orina/total de número de historias revisadas = 50 %
Número de historias en las que consta recogida al acecho en menores de 2 años/ total de número de historias revisadas = 23,52 %
Número de historias en las que consta recogida de urocultivo previo al inicio de antibioterapia/ total de número de historias revisadas = 82,35 %
Número de historias en las que consta urocultivo de control/ total de número de historias revisadas = 20,58 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.- Basándonos en los datos analizados, confirmamos que es necesaria la implantación de un Protocolo común de actuación en las Infecciones del Tracto Urinario para evitar pruebas y tratamientos antibióticos innecesarios.
2.- Una vez aprobado por la Comisión de Calidad, será necesario difundirlo entre el personal implicado, es decir, Médicos de Atención Continuada en Centros de Salud, Pediatras del Centro de Salud y del Hospital, Médicos de Familia con dedicación a Pediatría, y Médicos de Urgencias del Hospital.
3.- Queda pendiente reevaluar periódicamente los indicadores incluidos en este Proyecto y en el protocolo, para poder ofrecer una asistencia de calidad a los pacientes, con el fin de que reciban un tratamiento adecuado y evitar pruebas innecesarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/328 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0328

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Nº de registro: 0328

Título
PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Autores:
RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO, ABIZANDA GUILLEN ANA MARIA, DELGADO BUENO ANA, JANER SUBIAS ELENA, LAMARCA GAY ROCIO, LOPEZ ALONSO BEGOÑA, PERALTA RUFAS ESTHER MARIA, VILCHEZ BRUNED ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección del tracto urinario (ITU) se define como la existencia de bacterias en el tracto urinario cuando debe ser estéril. Se trata de una de las infecciones bacterianas más frecuentes en la infancia. Factores no modificables como edad, sexo y raza influyen en la prevalencia de la enfermedad. Aproximadamente el 7% de los niños menores de 2 años presentarán un episodio de ITU febril. Los pacientes que han presentado una primera infección urinaria presentan más riesgo de recurrencia, la mayoría en los primeros 6-12 meses, siendo el 18% para varones y el 26% para mujeres. Después de este tiempo, en los varones las recurrencias son muy poco probables, mientras que en las niñas pueden seguir produciéndose muchos años después por gérmenes distintos al de la primera infección.

La afectación renal aguda se produce en el 50-80% de los casos, de los que un 15-20% quedará afectación renal parenquimatosa permanente. Las alteraciones obstructivas del tracto urinario (funcionales, anatómicas o neurológicas) y el reflujo vesicoureteral pueden favorecer la aparición de ITU y las complicaciones a largo plazo.

El diagnóstico de ITU se basa en la clínica, los datos del análisis de orina (nitritos, leucocitaria y hematuria), así como del urocultivo el cual nos dará el diagnóstico definitivo. El método de recogida de la muestra de orina es fundamental para evitar los falsos positivos o negativos.

El seguimiento de estos pacientes debe adaptarse a los medios disponibles en cada sector. Los objetivos de dicho seguimiento son: detección de malformaciones del tracto urinario, control de las recurrencias y seguimiento de la nefropatía cicatricial. Todo ello supone visitas médicas repetidas, empleo de múltiples antibióticos y exploraciones complementarias relativamente invasivas. Por lo tanto, es fundamental la coordinación de las actuaciones médicas tanto de Atención Primaria como de Hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Elaboración de un protocolo consensuado entre el Servicio de Pediatría del Hospital y los equipos de Pediatría de Atención Primaria del Sector.
- 2.- Elaboración consensuada de una hoja informativa sobre "Recomendaciones para la vigilancia domiciliaria en la infección del tracto urinario".
- 3.- Elaboración consensuada de una hoja informativa sobre "Recomendaciones de recogida de la muestra de orina".
- 4.- Fomentar la comunicación entre los Equipos de Pediatría de Atención Primaria - Nefrología Pediátrica del Hospital en aquellos casos problemáticos o de riesgo, con el fin de ofrecer la mejor asistencia a estos pacientes.

MÉTODO

- 1.- Se realizarán charlas informativas al personal del Servicio de Pediatría y de Urgencias (auxiliares, enfermería y facultativos) sobre la importancia de los métodos de recogida de orina y la selección de pruebas complementarias a realizar durante el ingreso.
- 2.- Curso formativo práctico, basado en casos clínicos, sobre el manejo del paciente con ITU febril e ITUS recurrentes orientado al personal facultativo, enfermería y auxiliares del Sector de Barbastro

INDICADORES

- Número de historias en el que consta método de recogida de orina/total de número de historias revisadas > 90 %
- Número de historias en las que consta recogida al acecho en menores de 2 años/ total de número de historias revisadas > 80%
- Número de historias en las que consta recogida de urocultivo previo al inicio de antibioterapia/ total de número de historias revisadas > 90 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0328

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

- Número de historias en las que consta urocultivo de control/ total de número de historias revisadas < 10%

DURACIÓN

- Elaboración del Protocolo y hojas informativas antes de Junio 2018
- Implantación de dicho Protocolo a lo largo del resto del año
- Evaluación de indicadores en Enero - Febrero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0760

1. TÍTULO

REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNOINFANTILES

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE PAULA LALAGUNA MALLADA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MINGUEZ SORIO JULIA
SAHUN OBIS CARMEN
COSCOJUELA SANTALIESTRA INMACULADA
REMACHA GARCIA MARIA JOSE
ABAD SANZ MARIA
CANO TOLOSANA MARIO
PALACIO LIESA MIRYAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Desde la Comisión de Lactancia del sector se han organizado las acciones a llevar a cabo de forma coordinada con la gerencia del sector.
- Se realizó una auditoria interna utilizando la herramienta de autoevaluación de la OMS mediante encuestas a los profesionales de todos los servicios implicados en el proyecto y a las madres puérperas en el momento del alta. El análisis de los resultados permitió detectar áreas de mejora para el cumplimiento de los requisitos IHAN y programar acciones formativas.
- En mayo se realizó el Curso básico de lactancia anual acreditado con 3.2 créditos por la Comisión de docencia. Se formaron un total de 22 alumnos.
- En septiembre y octubre se llevaron a cabo sesiones formativas sobre la IHAN (un total de 8 sesiones) a las que asistieron todos los profesionales con implicación directa e indirecta en la asistencia materno-infantil. Se tuvieron en cuenta los temas a reforzar según las encuestas de auditoría interna.
- Se han revisando y actualizado todos los protocolos asistenciales relativos al cuidado materno-infantil y se han difundido a través de las sesiones y en la intranet del sector en una pestaña específica dedicada a la IHAN, donde se puede descargar toda la documentación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se remitió la solicitud de reevaluación a la IHAN junto con toda la documentación exigida y durante los días 6 y 7 de noviembre estuvieron en el hospital dos evaluadores de la IHAN para realizar la auditoría externa de forma presencial. Revisaron documentación, registros de formación, realizaron encuestas a madres y profesionales y evaluaron las prácticas.
En diciembre 2018 la IHAN emitió el informe de la evaluación en el que se certificó que el hospital de Barbastro cumple con los criterios IHAN y por lo tanto supera la reevaluación y queda REACREDITADO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La acreditación IHAN, al igual que cualquier certificación de calidad, exige la implicación de muchos profesionales de distintas categorías, un alto grado de formación y una coordinación entre niveles asistenciales, por lo que es un proyecto ambicioso, pero la motivación y la satisfacción por poner en práctica una asistencia humanizada y de calidad, nos han llevado a alcanzar nuestro objetivo con éxito.
A pesar de ello, el proyecto no se puede dar por concluido, somos conscientes de que mantener todos los requisitos exige una evaluación y monitorización continua y el esfuerzo por seguir trabajando en la misma línea.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/760 ===== ***

Nº de registro: 0760

Título
REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNO-INFANTILES

Autores:
LALAGUNA MALLADA PAULA, MINGUEZ SORIO JULIA, SAHUN OBIS CARMEN, COSCOJUELA SANTALIESTRA INMACULADA, REMACHA GARCIA MARIA JOSE, ABAD SANZ MARIA, CANO TOLOSANA MARIO, PALACIO LIESA MIRYAM

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0760

1. TÍTULO

REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNOINFANTILES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: embarazo, parto y puerperio
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Hospital de Barbastro fue acreditado como Hospital IHAN en 2009. Este reconocimiento implica el cumplimiento de unos criterios de calidad en los cuidados que la madre y el recién nacido reciben durante el embarazo, parto y puerperio, haciendo énfasis en la promoción y apoyo a la lactancia materna. Exige también el cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna. Nuestro hospital es el único de Aragón que tiene esta certificación y uno de los 17 que existen en España.

Para el mantenimiento del galardón, es necesario un proceso de reacreditación y superar una auditoría externa de evaluadores de UNICEF que valoran si el hospital sigue cumpliendo los estándares de calidad exigidos. Para superar la evaluación, se requiere una monitorización continua de las prácticas, una revisión periódica de la Normativa de lactancia vigente y de los protocolos asistenciales. También la formación continuada de todas las personas implicadas.

RESULTADOS ESPERADOS

Obtener la reacreditación IHAN superando la auditoría externa de UNICEF.
Cumplir los criterios IHAN de cuidados de nuestra población materno infantil durante el parto y en el puerperio inmediato.
Mantener una tasa de lactancia al alta de maternidad mayor del 75%.
Garantizar la formación del personal de nueva incorporación con el curso de Lactancia que organiza anualmente la Comisión de Lactancia del Sector.
Difundir la importancia del Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna entre los profesionales y comprobar su cumplimiento en el Sector.
Revisar y actualizar la Normativa de lactancia y los protocolos asistenciales con unificación de criterios en la atención neonatal y la asistencia al parto.

MÉTODO

La OMS ofrece una herramienta de autoevaluación estructurada para detectar problemas y mejorar el cumplimiento de los 10 pasos. Esta herramienta contempla la recopilación, actualización y revisión de la Normativa de lactancia y de los protocolos, la evaluación de los programas de formación en lactancia materna y del número de profesionales formados, la valoración de estadísticas relativas a la lactancia y la comprobación del cumplimiento del Código de comercialización de Sucedáneos de la leche materna.

Para llevar a cabo el Proyecto, proponemos la utilización de esta herramienta como método de autoevaluación que facilitará la detección de las deficiencias en el cumplimiento de los 10 pasos.

Según los resultados de la monitorización interna se programarán sesiones con los diferentes servicios enfocadas a mejorar el cumplimiento de los 10 pasos IHAN.

Se programará un nuevo curso de Lactancia Materna que se realiza con periodicidad anual para completar la formación de los profesionales de nueva incorporación.

Recopilación de toda la documentación relacionada con la IHAN, Normativa y protocolos, de forma que estén accesibles y disponibles para todos los profesionales desde la portada de la intranet del Sector.

INDICADORES

- Evaluación de las encuestas de monitorización de la OMS realizadas a las madres al alta de maternidad y superación de > 80% de los ítems.
- Tasa de lactancia materna al alta de maternidad > 75%
- Porcentaje de profesionales con formación en los servicios implicados que son capaces de superar la herramienta de monitorización > 80%

DURACIÓN

Duración de un año:

Primer SEMESTRE

- Reunión de la Comisión de lactancia para definir plan de acción
- Revisión y actualización de los protocolos y de la Normativa de lactancia
- Monitorización y evaluación de la situación a través de la realización de las encuestas de monitorización de la OMS a madres y profesionales
- Evaluación del cumplimiento del Código de Comercialización de sucedáneos en Sector con el instrumento de monitorización de la OMS

Segundo SEMESTRE

• Emitir informe de auditoría interna, tasas de lactancia y documentación revisada y elaborada a la IHAN para su evaluación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0760

1. TÍTULO

REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNOINFANTILES

- Realización de curso de formación básico para profesionales de nueva incorporación y formación continuada
- Difusión de los documentos y sesiones para mejorar deficiencias detectadas en la evaluación interna
- Solicitud de la auditoría externa para la reacreditación a la IHAN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1431

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE LUIS MINGUILLON ARANDA
· Profesión TECNICO/A DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VINYAS ORUS ENRIQUE
CUELLO ACIN DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para realizar la actualización del plan de autoprotección se adjudicó dicho trabajo a la empresa Inizia, empresa de ingeniería que en el año 2014 realizó el plan de autoprotección del hospital. En el presupuesto y condiciones del contrato que se formalizó con Inizia, la empresa se comprometía a realizar la actualización en el plazo de dos meses tras la visita inicial a las instalaciones del hospital de Barbastro, que fue en junio de 2018. Las visitas de la técnico de Inizia encargada de hacer el trabajo de actualización fueron realizadas, una en junio y la otra en septiembre de 2018. Por razones ajenas al hospital de Barbastro, el borrador del plan de autoprotección no fue entregado por Inizia al servicio de salud laboral hasta enero de 2019. Analizado con detalle dicho borrador, se comprueba que hay varios errores y déficits en el mismo, que son trasladados a la empresa Inizia en una reunión celebrada a principio de marzo de 2019. A fecha 13/03/2019, se está a la espera de la corrección de dichos errores en la revisión del plan de autoprotección y por tanto a la espera de la entrega definitiva del documento por parte de Inizia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se han podido alcanzar los objetivos planteados ya que la primera fase del proyecto, que es la actualización del plan de autoprotección, no se ha terminado, se está todavía en fase de elaboración. A partir de dicho documento de actualización deberían haberse realizado un simulacro de emergencias y distintos cursos de formación para la divulgación de dicho plan de autoprotección.

Por tanto:

Indicador: Existencia de plan de autoprotección actualizado.

Evaluación: NO (en fase de elaboración).

Indicador: Realización de simulacro.

Evaluación: NO (es necesario tener actualizado el plan de autoprotección).

Indicador: Realización de cursos de formación específica.

Evaluación: NO (es necesario tener actualizado el plan de autoprotección).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No deberían haberse fijado fechas tan concretas en el desarrollo y ejecución del proyecto al depender en su fase inicial de una empresa externa ajena al servicio de salud laboral del hospital. Sin esa fase inicial concluida, no ha podido desarrollarse el resto del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

Se continúa a fecha actual con el desarrollo del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1431 ===== ***

Nº de registro: 1431

Título
ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
MINGUILLON ARANDA LUIS, VINYAS ORUS ENRIQUE, CUELLO ACIN DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No procede
Línea Estratégica .: Otras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1431

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El plan de autoprotección del hospital de Barbastro no está actualizado ni divulgado adecuadamente. En este sentido, se está incumpliendo la legislación vigente, además de que, en el hipotético caso de que ocurriera una emergencia, el personal desconoce las normas de actuación, poniéndose por tanto en peligro, además de las instalaciones del hospital, la integridad física tanto de los trabajadores del hospital como de los pacientes y acompañantes.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualizar y divulgar el plan de autoprotección del hospital.

Formar al personal responsable de actuación en caso de emergencia.

Formar al personal de los distintos servicios del hospital.

El proyecto está dirigido a la integridad de los trabajadores del hospital.

MÉTODO

Cooperación con empresa externa para actualizar el plan.

Elaborar normas de actuación para cada servicio del hospital.

Realizar formación específica en cada servicio del hospital.

Realizar formación específica para los trabajadores con responsabilidades dentro del plan de autoprotección.

Realizar simulacro de evacuación en colaboración con bomberos.

INDICADORES

Indicador: Existencia de plan de autoprotección actualizado.

Evaluación: La medida sería SÍ/NO

Indicador: Realización de simulacro

Evaluación: La medida sería SÍ/NO

Indicador: Realización de cursos de formación específica para los trabajadores con responsabilidades dentro del plan de autoprotección.

Evaluación: La medida sería SÍ/NO

Indicador: Realización de cursos de formación específica en cada servicio del hospital acerca de la parte del plan de autoprotección que es competencia de cada servicio.

Evaluación: La medida sería SÍ/NO

DURACIÓN

Actualización del plan de autoprotección: junio-octubre 2018.

Realización del simulacro de emergencias: diciembre 2018

Formación específica en cada servicio del hospital: octubre 2018-enero 2019.

Formación específica para los trabajadores con responsabilidades dentro del plan de autoprotección: octubre 2018-enero 2019.

El responsable de todas las tareas es el técnico de prevención del hospital. Colaboradores: médico de salud laboral e ingeniero de mantenimiento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0022

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE EMMA PARDENILLA VIÑUALES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUEYO VICENTE YOLANDA
COSTA BRUALLA CRISTINA
BOIX GONZALEZ ANA MARIA
MONTERROSO BLANCO CARMEN MARIA
ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN
PORTABALES PEREZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un Protocolo de actuación en pacientes alérgicos al látex ante una intervención quirúrgica, por lo cual se han revisado todos los almacenes, quirófanos y estancias dentro del Servicio de Quirófano para saber que material, instrumento de trabajo y mobiliario contenía látex o estaba exento, realizando unos listados donde se especifica claramente.

Se ha promocionado el Protocolo, estando aprobado, colgado en Intranet y a disposición de todo el personal . Marzo 2018

Se ha imprimido el Protocolo, dejándolo en el Esperacamas de quirófono (preparación de pacientes), en un lugar señalado y puesto en conocimiento de todo el personal, incluido URPA. Abril 2018

Se realiza una sesión formativa al personal del servicio de quirófono y URPA (Enfermeras y Tcaes) a la que acuden 36 personas, y donde se expone un Power Point. Diciembre 2018

Durante todo el año se lleva un registro de todos los pacientes alérgicos al látex intervenidos quirúrgicamente, donde se determina si se ha llevado a cabo el protocolo y si han ocurrido incidencias (7 pacientes y 1 incidencia) . Enero a Diciembre 2018

Se acuerda con los Servicios quirúrgicos y con el Servicio de admisión, como actuar ante la inclusión en la lista de espera quirúrgica a los pacientes alérgicos al latex para una realización correcta de la misma. Mayo 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores utilizados:

-Protocolo realizado: Si

-Listado de pacientes alérgicos al látex: Si

-Actualización en la historia clínica: Si

-Número de sesiones: 1

-Número de asistentes: 36

El personal de quirófono tiene ahora una línea clara de actuación cuando acude un paciente alérgico al látex, sabe que existe un protocolo y como tiene que seguirlo.

El proyecto ha resultado ser muy útil para el personal del Servicio de Quirófono, utilizándolo como referente cuando se dan casos de personas alérgicas al látex.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los integrantes del proyecto de mejora nos hemos dado cuenta de que el material existente en un quirófono es enorme y está en continuo cambio debido a las nuevas necesidades y a los continuos cambios de casas comerciales, por lo que realizar los listados ha sido una tarea ardua y de difícil realización.

No obstante creemos firmemente en la importancia del trabajo realizado, ya que se aumenta la seguridad para los pacientes alérgicos al látex intervenidos en el servicio quirúrgico del hospital de Barbastro.

El proyecto se ha realizado por la motivación y dedicación del equipo, por lo que estamos muy satisfechos y hemos tenido unos estupendos resultados .

Queda pendiente el cambio de material no fungible con látex por uno sin látex, ya que durante todo el año se incide en la necesidad de cambiar el material que contiene látex por otro exento (ej. Ambus), siempre que las posibilidades económicas lo permitan, estando a la espera de respuesta, de momento no se ha cambiado, pero decidimos que el proyecto está finalizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/22 ===== ***

Nº de registro: 0022

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0022

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Título

MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:

PARDENILLA VIÑUALES EMMA, PUEYO VICENTE YOLANDA, COSTA BRUALLA CRISTINA, BOIX GONZALEZ ANA MARIA, MONTERROSO BLANCO CARMEN MARIA, ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN, PORTABALES PEREZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los casos de pacientes alérgicos al latex han aumentado en los últimos años y el personal de quirófano(enfermeros,técnicos auxiliares de enfermería,celadores) no tenemos una linea clara de actuación ante estos pacientes.
También es sabido que uno de los grupos que más sensibilidad tiene al látex son los trabajadores sanitarios y en concreto el personal de quirófano.
Existe material que contiene latex y hay que actuar con celeridad en el caso de un paciente con una posible alergia al latex que vaya a ser intervenido.
El material de quirófano está cambiando constantemente debido a la innovación y a los continuos cambios de casas comerciales que nos suministran.
Por todo esto pretendemos dotar de conocimientos necesarios y una guía clara de actuación al servicio de quirófano del Hospital de Barbastro así como la eliminación de todo el material que pueda ser sustituido por uno libre de latex .

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar y unificar cuidados, aumentando el conocimiento del personal del servicio de quirófano, sobre como actuar ante posibles pacientes alérgicos al latex que vayan a ser intervenidos.
Eliminar el material de quirófano que contenga látex y cambiarlo por material exento de látex siempre que sea posible y si no es así saber como resolver la situación.
Actualizar los listados de material que contenga látex.
Mejorar la calidad del trabajo del personal del servicio de quirófano ante un paciente alergico al latex.

MÉTODO

Realizar protocolo de actuación en pacientes alergicos al latex ante una intervención quirurgica.
Imprimir hojas del protocolo.
Sesión formativa al personal del servicio quirúrgico.
Realizar un registro de los pacientes alergicos al latex intervenidos quirurgicamente.
Análisis de la situación y acciones para mejorar las actuaciones ante estos pacientes.

INDICADORES

Protocolo realizado : (SI - NO)
Listado de pacientes alérgicos al latex : (SI / NO)
Actualización en la historia clínica : (SI / NO)
Número de sesiones:
Número de asistentes:

DURACIÓN

Realizar protocolo de actuación en pacientes alergicos al latex ante una intervención quirurgica..... Marzo 2018
Imprimir hojas del protocolo.....Marzo 2018
Sesión formativa al personal del servicio quirúrgico...De marzo a septiembre 2018.
Realizar un registro de los pacientes alergicos al latex intervenidos quirúrgicamente....De enero a diciembre del 2018
Análisis de la situación y acciones para mejorar las actuaciones ante estos pacientes...Enero 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0022

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0895

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE NORMAS DE APLICACION DE PROTROMBINAHUMANA EN PACIENTES CON RIESGO DE SANGRADO INTRAOPERATORIO EN EL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE MONICA BALLABRIGA GONZALEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESPUÑA GARANTO MERCEDES
FRANCES ROMERO HELENA
ESPIN UTRERA MARIA JOSE
BOLEA TOLOSANA SIRA
BOIX GONZALEZ ANA MARIA
MONTERROSO BLANCO CARMEN MARIA
BENTUE OLIVAN LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este año 2018 se ha realizado una presentación con fotografías para facilitar la correcta preparación de la medicación sobre la que estamos trabajando. Se ha empezado a realizar el diseño de una hoja de registro de pacientes a los que se les aplica el tratamiento, en la que se recojan los datos necesarios para el estudio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha alcanzado todavía ningún resultado, ya que debido a la poca frecuencia de aplicación de este tratamiento actualmente en el servicio de quirófano, no se han podido recoger datos suficientes para el estudio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se han podido obtener conclusiones dada la no finalización del estudio.

7. OBSERVACIONES.
Pendientes de realizar las sesiones formativas al personal de la unidad, y la valoración de los datos recogidos en la hoja de registro.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/895 ===== ***

Nº de registro: 0895

Título
ESTANDARIZACION DE NORMAS DE APLICACION DE PROTROMBINA HUMANA EN PACIENTES CON RIESGO DE SANGRADO INTRAOPERATORIO EN EL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
BALLABRIGA GONZALEZ MONICA, FRANCES ROMERO HELENA, ESPUÑA GARANTO MERCEDES, BOLEA TOLOSANA SIRA, ESPIN UTRERA MARIA JOSE, BOIX GONZALEZ ANA MARIA, MONTERROSO BLANCO CARMEN MARIA, BENTUE OLIVAN LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Existen pacientes con deficiencia de factores de coagulación, tanto congénita como adquirida, que precisan una intervención quirúrgica, ya sea programada o urgente, en la que se presenta un riesgo real de hemorragia intraoperatoria que compromete la vida del paciente. Para evitar errores que repercutan en la seguridad de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0895

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE NORMAS DE APLICACION DE PROTROMBINAHUMANA EN PACIENTES CON RIESGO DE SANGRADO INTRAOPERATORIO EN EL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

estos pacientes se precisa la correcta preparación y administración de un complejo de protrombina humana de los factores de coagulación II, VII, IX y X, que disminuyan de forma significativa el riesgo de hemorragia de los pacientes afectados por esta deficiencia
Es importante conocer el procedimiento de preparación del complejo, la vía y el tiempo de administración, puesto que se trata de una medicación de uso poco frecuente y con una técnica diferente a las medicaciones habituales. Por eso la necesidad de elaborar una guía que unifique pautas de actuación para el personal del servicio y garantice la seguridad del paciente, que disminuya el riesgo de hemorragia y aumente la supervivencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar y unificar en el servicio de quirófano los criterios de aplicación de protrombina humana en los casos en los que se precise, aumentando así los conocimientos del personal del servicio sobre la actuación a llevar a cabo, para mejorar el grado de seguridad del paciente con grave riesgo de hemorragia o hemorragia activa intraoperatoria. Divulgar en el servicio la correcta preparación y administración intravenosa del complejo de protrombina

MÉTODO

- realizar guía de pautas de actuación en caso de pacientes que requieran tratamiento con complejo de protrombina humana.
- Elaborar posters informativos con los pasos a seguir, accesibles para todo el personal.
- Sesiones formativas dirigidas al personal

INDICADORES

- Realización de la guía de pautas de actuación (si/no)
- N° de sesiones formativas
- N° de asistentes a las sesiones formativas
- N° de intervenciones quirúrgicas que se posponen por el retraso en la administración del tratamiento
- N° pacientes en los que ha mejorado el INR / n° pacientes que han recibido tratamiento con prothromplex.

DURACIÓN

- Elaboración de la guía de pautas de actuación en la aplicación de protrombina humana endovenosa: noviembre 2018
- Diseño de poster informativo: diciembre 2018
- Sesiones formativas dirigidas al personal: diciembre 2018 - enero 2019
- Registro de tratamientos aplicados y resultados de INR pre y post tratamiento: de mayo de 2018 a marzo de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Fecha de entrada: 21/01/2019

2. RESPONSABLE RUTH FERNANDEZ SANCHEZ
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GONZALEZ ANA
ARAGON SANZ MARIA ANGELES
REMACHA GARCIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se incorpora la consulta de PDP (Prevención de Desgarros Perineales durante el parto) a la Cartera de Servicios del hospital.

Se crea el grupo de trabajo interdisciplinar de la Unidad de Suelo Pélvico. Integrado por una ginecóloga, una uróloga, una médica rehabilitadora, una fisioterapeuta y una matrona.

Consulta de suelo pélvico: Dirigida al diagnóstico y tratamiento de disfunciones. Anamnesis, calendario miccional, cuestionario de calidad de vida, valoración de la disfunción de suelo pélvico, métodos y técnicas de exploración, registro electromiográfico con biofeedback y manometría. Electroterapia. Bomba de vacío. Tratamiento individualizado y/o grupal.

Consulta PDP (prevención de desgarros perineales): Dirigida a embarazadas nulíparas o multíparas con una episiotomía anterior.

Diseño de plantilla de anamnesis, calendario miccional, folletos informativos para las pacientes, plantilla de ejercicios: Kegel, control motor abdominal, hipopresivos.

Adquisición de recursos materiales: material específico de consulta y tratamiento.

Se lleva a cabo la oferta formativa a través de programa focuss 16015 "Rehabilitación de las disfunciones de suelo pélvico", seleccionando en la edición del 2018 a profesionales de los Centros sanitarios de Ejea de los Caballeros, Graus y hospitales de Alcañiz y Clínico de Zaragoza.

Talleres dirigidos a alumnos de secundaria del Instituto Martínez Vargas (Escuela promotora de salud). Participan 75 alumnos. Marzo 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Monitorización de pacientes vistos en las consultas. Cuestionarios de calidad de vida: 90%

Valoración escalas Laycock, Oxford modificada y PERF en 1ª consulta fisioterapia: 90%

Pacientes en tto de SP/número de pacientes al año: 28/1136

Número de sesiones/año: 1428.

Nº partos vaginales/año: 580

Desgarros perineales/año: 40%. De los cuales 69% corresponden a grado I, 28% grado II y 3% grados III - IV.

Episiotomías/año: 30%

Embarazadas en consulta PDP/año2018: 25 pacientes.

Satisfacción de las pacientes en la consulta PDP: Se mide mediante cuestionario que se envía al 100% de las embarazadas, al finalizar a través de e-mail y pinchando en el enlace:

<https://www.surveio.com/survey/d/F9M4E7T9U9A3K5U9P#.Vt1PQCKfm4E.email> Entre los resultados obtenidos se incluye, como muestra, la pregunta:

¿Cómo conociste la existencia de la consulta?

Por un conocido	13	52 %	
En el propio Servicio de Rehabilitación	3	12 %	
Por medio de la matrona	7	28,0 %	
Por medio del ginecólogo	0	0 %	
Otro (Por favor especifica)	2	8 %	

En la evaluación del trabajo de la fisioterapeuta y la opinión sobre la privacidad que brinda la consulta, se obtienen las puntuaciones más altas, de 5 sobre 5, en todas las respuestas.

En el apartado para que la embarazada exprese su valoración, se reflejan literalmente algunos de los comentarios expresados por ellas como:

"Que el servicio de prevención se extendiera a los centros de salud de las principales localidades del ámbito comarcal del hospital porque considero que es una excelente prestación de apoyo al embarazo"

"Creo que es un servicio totalmente necesario, como prevención para posibles desgarros en el parto. Tanto la atención como las explicaciones e información facilitada por el fisioterapeuta han sido muy correctas."

"Que desde las matronas de atención primaria se informara de este servicio, puesto que yo me enteré por una amiga, de no ser así me hubiese perdido esta oportunidad tan útil y necesaria"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La proporción de embarazadas atendidas en la consulta de prevención es pequeña, respecto al número de partos vaginales. Se debe insistir en la divulgación y trasmisión de la información desde la Atención Primaria. Para ello, se recomiendan sesiones clínicas en los centros de salud para dar a conocer la Unidad. Esperamos que, si el número de embarazadas atendidas en la consulta PDP aumenta, los porcentajes de desgarros y episiotomías disminuyan.

Se valora positivamente el funcionamiento de la consulta de suelo pélvico y los talleres formativos. Se le dará continuidad en cada curso escolar. Aprovecharemos las plataformas de divulgación que surjan, como la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

participación en las semanas culturales de los pueblos para llegar a más población y educación no formal mediante charlas.

Nos queda mucho trabajo por hacer. La creación y funcionamiento de la consulta es una realidad ilusionante, pero creemos que no nos podemos conformar con esto. Hay que continuar con la prevención y tratamiento, de todos los daños que se pueden producir a lo largo de la vida en el suelo pélvico de la mujer, las disfunciones del hombre (prostatactomías, neovejigas, fibrosis, disfunción eréctil, etc) y las de los niños (enuresis, encopresis, hiperactividad vesical, extrofia vesical, etc).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/57 ===== ***

Nº de registro: 0057

Título
UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Autores:
FERNANDEZ SANCHEZ RUTH, MARTINEZ GONZALEZ ANA, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, REMACHA GARCIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
CASUÍSTICA:
La prevalencia de disfunciones como la IU varía en los diferentes estudios del 3 al 43% y, según datos del estudio Epidemiology of Urinary Incontinence in Nord-Trondelag (EPINCOT), es más frecuente a partir de los 55 años de edad.
Las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres, hacen que síntomas como la urgencia miccional o la IUE se expresen más frecuentemente en mujeres.

RESULTADOS ESPERADOS OBJETIVOS

Mejorar la calidad de la atención al usuario que es escuchado y valorado respecto a unos síntomas de gran impacto psicosocial.

Aliviar su sentimiento de frustración, culpa, vergüenza y pérdida de autoestima y confianza en sí mismo.

Favorecer la relación interdisciplinar de los profesionales implicados en la Unidad de SP

Promover actividades de formación de los sanitarios implicados

Promover la educación para la salud, mediante técnicas de prevención de disfunciones posteriores al parto.

Disminuir la incidencia de desgarros perineales en la fase de expulsivo.

Aumentar el grado de satisfacción de las pacientes embarazadas.

MÉTODO ACTIVIDADES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Incorporar la consulta de PDP a la Cartera de Servicios del hospital.

Crear la consulta de suelo pélvico específica

Crear grupo de trabajo interdisciplinar

".Consulta de suelo pélvico:Dirigida al diagnóstico y tratamiento de disfunciones. Anamnesis, calendario miccional, cuestionario de calidad de vida, valoración de la disfunción de suelo pélvico, métodos y técnicas de exploración, registro electromiográfico con biofeedback y manometría. Tratamiento individualizado y/o grupal.

.Consulta PDP (prevención de desgarros perineales): Dirigida a embarazadas nulíparas o multíparas con una episiotomía anterior."

Oferta formativa a través de programa focuss

Curso "Preparación perineal en embarazadas"

Sala de tratamiento individualizado .

Sala de tratamiento grupal.

FORMACIÓN-INVESTIGACIÓN:

Estudio sobre la neuromodulación del nervio tibial posterior.

Controversia entre aplicación transdérmica y percutánea.

Estudio sobre el masaje perineal en la prevención de desgarros durante el parto y su relación con otras variables como la posición materna durante el parto, edad materna, dirección del pujo o no y aplicación de calor o lubricante.

INDICADORES

INDICADOR Y ESTÁNDAR

Realización de curso por personal multidisciplinar

"preparación perineal preparto": SI

Valoración de escala PERF en 1ª visita médica: 90%

Cuestionario de calidad de vida validado a los pacientes, administrado por personal de Enfermería: 90%

Nº desgarros perineales/nº total de partos vaginales: Reducción respecto año previo

Nº episiotomías/nº total de partos vaginales: Reducción respecto año previo

Embarazadas en consulta de USP/nº total de parto: mejoría respecto año previo

Nº desgarros/pacientes que realizaron masaje perineal: estándar comunidad autónoma

Nº episiotomías/pacientes que realizaron masaje perineal: estándar comunidad autónoma

Administración de encuesta de satisfacción con la USP a embarazadas y puérperas: 80%

Reducción del uso de sistemas de protección (compresas, pañales): SI

Prolapsos no intervenidos quirúrgicamente tras 6 meses de consulta USP: SI

EVALUACIÓN PERIÓDICA:

Monitorización de pacientes vistos en las consultas. Ratio primeros días/revisiones. Pacientes en tto de SP/número de pacientes al año. Número de seiones/año. Diseño de plantilla de anamnesis, calendario miccional, cuestionarios de calidad de vida, folletos informativos para las pacientes, plantilla de ejercicios: Kegel, control motor abdominal, hipopresivos.

DURACIÓN

Años 2017 (ya implantado) y 2018.

PLAN DE COMUNICACIÓN:

"Divulgación a los profesionales dentro del programa de las propias acciones formativas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Comunicación por parte de cada componente del equipo a los profesionales de su correspondiente Unidad.

Sesiones clínicas en los centros de AP.

Participación mediante charlas informativas, aprovechando eventos como las semanas culturales de los pueblos de nuestro Sector.

Talleres dirigidos a estudiantes de secundaria en institutos.

Publicación en blogs "

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE RUTH FERNANDEZ SANCHEZ
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARAGON SANZ MARIA ANGELES
REMACHA GARCIA MARIA JOSE
MATA ORUS MARIA
NAVARRO GIL MARTA
BOSCH ALCOLEA ELISABETH
SESE PIQUER MARIA ANGELES
RODRIGUEZ ESCUREDO PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La consulta de PDP (Prevención de Desgarros Perineales durante el parto) funciona de forma normalizada. El grupo de trabajo interdisciplinar de la Unidad de Suelo Pélvico se ha completado para abarcar a todas las profesionales que pueden intervenir en el proceso de atención a los pacientes con una disfunción de suelo pélvico. Integrado por una ginecóloga, una uróloga, una médico rehabilitadora, dos fisioterapeutas, dos matronas de Partos y una matrona de Atención Primaria.
Consulta de suelo pélvico: Dirigida al diagnóstico y tratamiento de disfunciones. Anamnesis, calendario miccional, cuestionario de calidad de vida, valoración de la disfunción de suelo pélvico, métodos y técnicas de exploración, registro electromiográfico con biofeedback y manometría. Electroterapia. Bomba de vacío. Tratamiento individualizado y/o grupal.
Consulta PDP (prevención de desgarros perineales): Dirigida a embarazadas nulíparas o multíparas con una episiotomía anterior.
Sensibilizar a las matronas de A.P: Se han repartido y explicado los folletos a las matronas, para que colaboren en su divulgación.
Diseño de plantilla de anamnesis, calendario miccional, folletos informativos para las pacientes, plantilla de ejercicios: Kegel, control motor abdominal, hipopresivos.
Adquisición de recursos materiales: material específico de consulta y tratamiento.
Talleres dirigidos a alumnos de secundaria del Instituto Martínez Vargas (Escuela promotora de salud). Participan 75 alumnos, 16/Mayo/2019. Elaboración de encuestas para la valoración de los alumnos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Monitorización de pacientes vistos en las consultas. Cuestionarios de calidad de vida: 90%
Valoración escalas Laycock, Oxford modificada y PERF en 1ª consulta fisioterapia: 90%
Pacientes en tto de SP/año: 148.
Número de sesiones/año: 5188.
Nº partos vaginales/año: 547
Desgarros perineales/año: 38%: 13% corresponden a tipo vaginal, 16% grado I, 7% grado II y 2% grados III - IV.
Episiotomías/año: 24%
Embarazadas en consulta PDP/año2019: 19 pacientes.
Satisfacción de las pacientes en la consulta PDP: Se mide mediante cuestionario que se envía al 100% de las embarazadas, al finalizar a través de e-mail y pinchando en el enlace:
<https://www.surveymonkey.com/survey/d/F9M4E7T9U9A3K5U9P#.Vt1PQCKfm4E.email> Entre los resultados obtenidos se incluye, como muestra, la pregunta:
¿Cómo conociste la existencia de la consulta?
Por un conocido 47,4 %
En el propio Servicio de Rehabilitación 10,5 %
Por medio de la matrona 31,6 %
Por medio del ginecólogo 0 %
Otro (Por favor especifica) 10,5 %
En la evaluación del trabajo de la fisioterapeuta y la opinión sobre la privacidad que brinda la consulta, se obtienen las puntuaciones más altas, de 5 sobre 5, en todas las respuestas.
En el apartado para que la embarazada exprese su valoración, se reflejan literalmente algunos de los comentarios expresados por ellas como:
"Que dieran más información tanto en la matrona como en las consultas de obstetricia ya que es una consulta que se conoce poco"
"El servicio y la fisioterapeuta están genial, pero considero que debería haber más información desde la matrona y el ginecólogo para conocerlo."
"Mayor difusión o información para conocer la técnica"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La proporción de embarazadas atendidas en la consulta de prevención es pequeña, respecto al número de partos vaginales. Se debe insistir en la divulgación y transmisión de la información desde la Atención Primaria. Aunque el porcentaje de pacientes informadas por su matrona ha aumentado, respecto al año anterior, hemos pensado realizar sesiones clínicas personándonos en cada centro de salud, haciéndolas extensivas, no sólo a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO

las matronas, sino también a los médicos de familia. Aún no ha sido posible realizarlas. La difusión a través de los folletos se hace extensiva a las consultas de tocoginecología, y no sólo en los centros de salud. Esperamos que, si el número de embarazadas atendidas en la consulta PDP aumenta, los porcentajes de desgarros y episiotomías disminuyan.

Se valora positivamente el funcionamiento de la consulta de suelo pélvico. El número de pacientes con disfunciones de suelo pélvico tratados en la consulta ha pasado de 28 en el año 2018 a 148 en el 2019, llegando a realizar 5188 sesiones de tratamiento.

También valoración positiva de los talleres formativos. Se le dará continuidad en cada curso escolar.

Aprovecharemos las plataformas de divulgación que surjan, como la participación en las semanas culturales de los pueblos para llegar a más población y educación no formal mediante charlas.

7. OBSERVACIONES.

Nos queda mucho trabajo por hacer. La creación y funcionamiento de la consulta es una realidad ilusionante, pero creemos que no nos podemos conformar con esto. Hay que continuar con la prevención y tratamiento, de todos los daños que se pueden producir a lo largo de la vida en el suelo pélvico de la mujer, las disfunciones del hombre (prostatactomías, neovejigas, fibrosis, disfunción eréctil, etc) y las de los niños (enuresis, encopresis, hiperactividad vesical, extrofia vesical, etc). Para este fin, se plantea la posibilidad de incluir a una pediatra en la Unidad multidisciplinar.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/57 ===== ***

Nº de registro: 0057

Título
UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Autores:
FERNANDEZ SANCHEZ RUTH, MARTINEZ GONZALEZ ANA, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, REMACHA GARCIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

CASUÍSTICA:

La prevalencia de disfunciones como la IU varía en los diferentes estudios del 3 al 43% y, según datos del estudio Epidemiology of Urinary Incontinence in Nord-Trondelag (EPINCOT), es más frecuente a partir de los 55 años de edad.

Las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres, hacen que síntomas como la urgencia miccional o la IUE se expresen más frecuentemente en mujeres.

RESULTADOS ESPERADOS OBJETIVOS

Mejorar la calidad de la atención al usuario que es escuchado y valorado respecto a unos síntomas de gran impacto psicosocial.

Aliviar su sentimiento de frustración, culpa, vergüenza y pérdida de autoestima y confianza en sí mismo.

Favorecer la relación interdisciplinar de los profesionales implicados en la Unidad de SP

Promover actividades de formación de los sanitarios implicados

Promover la educación para la salud, mediante técnicas de prevención de disfunciones posteriores al parto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO

Disminuir la incidencia de desgarros perineales en la fase de expulsivo.

Aumentar el grado de satisfacción de las pacientes embarazadas.

MÉTODO

ACTIVIDADES

Incorporar la consulta de PDP a la Cartera de Servicios del hospital.

Crear la consulta de suelo pélvico específica

Crear grupo de trabajo interdisciplinar

".Consulta de suelo pélvico:Dirigida al diagnóstico y tratamiento de disfunciones. Anamnesis, calendario miccional, cuestionario de calidad de vida, valoración de la disfunción de suelo pélvico, métodos y técnicas de exploración, registro electromiográfico con biofeedback y manometría. Tratamiento individualizado y/o grupal.

".Consulta PDP (prevención de desgarros perineales): Dirigida a embarazadas nulíparas o multíparas con una episiotomía anterior."

Oferta formativa a través de programa focuss

Curso "Preparación perineal en embarazadas"

Sala de tratamiento individualizado .

Sala de tratamiento grupal.

FORMACIÓN-INVESTIGACIÓN:

Estudio sobre la neuromodulación del nervio tibial posterior.

Controversia entre aplicación transdérmica y percutánea.

Estudio sobre el masaje perineal en la prevención de desgarros durante el parto y su relación con otras variables como la posición materna durante el parto, edad materna, dirección del pujo o no y aplicación de calor o lubricante.

INDICADORES

INDICADOR Y ESTÁNDAR

Realización de curso por personal multidisciplinar

"preparación perineal preparto": SI

Valoración de escala PERF en 1ª visita médica: 90%

Cuestionario de calidad de vida validado a los pacientes, administrado por personal de Enfermería: 90%

Nº desgarros perineales/nº total de partos vaginales: Reducción respecto año previo

Nº episiotomías/nº total de partos vaginales: Reducción respecto año previo

Embarazadas en consulta de USP/nº total de parto: mejoría respecto año previo

Nº desgarros/pacientes que realizaron masaje perineal: estándar comunidad autónoma

Nº episiotomías/pacientes que realizaron masaje perineal: estándar comunidad autónoma

Administración de encuesta de satisfacción con la USP a embarazadas y púérperas: 80%

Reducción del uso de sistemas de protección (compresas, pañales): SI

Prolapsos no intervenidos quirúrgicamente tras 6 meses de consulta USP: SI

EVALUACIÓN PERIÓDICA:

Monitorización de pacientes vistos en las consultas. Ratio primeros días/revisiones. Pacientes en tto de SP/número de pacientes al año. Número de seiones/año. Diseño de plantilla de anamnesis, calendario miccional, cuestionarios de calidad de vida, folletos informativos para las pacientes, plantilla de ejercicios: Kegel, control motor abdominal, hipopresivos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO

DURACIÓN

Años 2017 (ya implantado) y 2018.

PLAN DE COMUNICACIÓN:

"Divulgación a los profesionales dentro del programa de las propias acciones formativas.

Comunicación por parte de cada componente del equipo a los profesionales de su correspondiente Unidad.

Sesiones clínicas en los centros de AP.

Participación mediante charlas informativas, aprovechando eventos como las semanas culturales de los pueblos de nuestro Sector.

Talleres dirigidos a estudiantes de secundaria en institutos.

Publicación en blogs "

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0719

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ELENA MARIA MARIN GASPAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ GONZALEZ ANA
COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ
CASTILLO CORRALES MARIA DE LOS ANGELES
NERIN BUEN NATALIA
LOSCERTALES SESE AGUSTIN
BROTO BESTUE JESUS ANTONIO
BLASCO PEREZ NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nos hemos reunido en varias ocasiones y hemos recopilado datos de los pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla, observando que la información dada es deficitaria.
Hemos realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva, valorando las diferencias evolutivas en pacientes con buen acceso a información respecto a los que no.
Los pacientes con buen acceso a la información evolucionan de forma más satisfactoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos realizado un tríptico informativo para pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla, explicando ejercicios a realizar y cuidados.
Se ha entregado al servicio de calidad haciendo las modificaciones pertinentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha comenzado a entregar el tríptico a los pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/719 ===== ***

Nº de registro: 0719

Título
MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA

Autores:
MARIN GASPAR ELENA MARIA, MARTINEZ GONZALEZ ANA, COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ, CASTILLO CORRALES MARIA DE LOS ANGELES, NERIN BUEN NATALIA, LOSCERTALES SESE AGUSTIN, BROTO BESTUE JESUS ANTONIO, BLASCO PEREZ NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los paciente intervenidos de prótesis total de rodilla presentan una mejor evolución si inician de forma precoz tratamiento rehabilitador;
Debido a la gran dispersión geográfica del sector muchos de estos pacientes no pueden acudir a tratamiento.
Se ha observado en diversos estudios que los pacientes que realizan en su domicilio un programa de ejercicios específicos presentan mejor evolución respecto a los que no, pudiéndose incluso disminuir el gasto sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0719

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA

Realizar un tríptico informativo para pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla en el que se incluyan ejercicios para realizar en domicilio y signos de alarma ante los que acudir al médico. Dicho tríptico será entregado a los pacientes intervenidos de dicha patología en la primera valoración por el médico rehabilitador.

MÉTODO

Los distintos miembros del equipo realizaremos reuniones periódicas para realizar la elaboración del tríptico.

INDICADORES

% pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla primaria valorados por el servicio de rehabilitación a los que se les entrega tríptico respecto el total de intervenidos valorados
Valor a alcanzar superior al 60%

DURACIÓN

Comenzaremos a reunirnos de forma periódica para realizar el tríptico durante el mes de mayo. Una vez finalizado lo entregaremos a los pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0759

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOAQUINA CASAS LAZARO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARIN GASPAS ELENA MARIA
COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ
RODRIGUEZ ESCUREDO PALOMA
RAMON BUISAN ROSARIO
FERNANDEZ SANCHEZ RUTH
FERNANDEZ FERNANDEZ SALOME
PISA MAÑAS JARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha elaborado un protocolo interno de valoración y tratamiento a seguir de los pacientes afectos de linfedema o susceptibles de padecerlo.
- Se ha consensuado un modelo de hoja de recogida de datos
- Se ha llevado a cabo la implantación de un protocolo de diagnóstico y tratamiento según estadiaje
- Se ha consensuado un modelo de consentimiento informado para tratamiento con TFD en pacientes con linfedema y tumor no controlado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El número de pacientes valorados en 1ª consulta derivados desde U. Mama, Oncología y Cirugía Vasculuar desde Julio a Diciembre de 2018 ha sido 7. Los tratamientos realizados en este periodo han sido 71 (descompensaciones de linfedemas en seguimiento).
- El tiempo medio de demora desde 1ª consulta hasta tratamiento con TFD en los pacientes con linfedema grado II-III ha sido inferior a 15 días.
- Hemos conseguido uniformidad en la valoración clínica (al utilizar el modelo consensuado de recogida de datos) y en la derivación a tratamiento así como en las técnicas de fisioterapia según estadiaje (algoritmo terapéutico).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos desarrollado en nuestro Servicio un protocolo de manejo clínico del linfedema con el objetivo de consensuar criterios de actuación y así ofrecer a nuestros pacientes un manejo óptimo.

AREAS DE MEJORA

- Crear una Unidad Multidisciplinar de linfedema en el proceso de mama (cirugía de carcinoma de mama)
- Actividades de formación continuada sobre detección y tratamiento del linfedema primario y secundario en Atención Primaria
- Actividades de formación al paciente, pasando a ser parte activa en su tratamiento: talleres de autovendaje, aplicación de kinesiotape.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/759 ===== ***

Nº de registro: 0759

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA

Autores:
CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA, MARIN GASPAS ELENA MARIA, COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ, RODRIGUEZ ESCUDERO PALOMA, RAMON BUISAN ROSARIO, FERNANDEZ SANCHEZ RUTH, FERNANDEZ FERNANDEZ SALOME, PISA MAÑAS JARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0759

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA

Línea Estratégica : Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El linfedema es una enfermedad crónica. En nuestro medio, el origen más frecuente es el neoplásico por carcinoma de mama en la mujer. La atención al linfedema en el Servicio de Rehabilitación, consiste en una intervención precoz, mediante educación sanitaria sobre autocuidados y ejercicios favoreciendo la movilidad articular. Se realiza una valoración sistemática del riesgo de desarrollar linfedema. En el caso de aparecer linfedema, se establece un plan terapéutico y un sistema reglado de acceso a la consulta. Es preciso para un buen manejo de esta patología, protocolizar y estructurar las intervenciones de prevención, tratamiento y seguimiento. Consideramos también necesario la elaboración de un protocolo de actuación unificado, porque nos permitirá la evaluación de la eficacia del tratamiento

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto se realiza en el Servicio de Rehabilitación, en pacientes diagnosticados de linfedema o susceptibles de padecerlo. Nuestros objetivos son:
-Conseguir la uniformidad en la valoración clínica: anamnesis, exploración física, medición de miembro afecto (circometría), solicitud de pruebas diagnósticas y uso de escalas de valoración de linfedema
-Obtener uniformidad de criterio diagnóstico e iniciar la puesta en marcha de un protocolo de tratamiento según estadificación y postcirugía de linfedema
-Establecer la periodicidad de las revisiones en el seguimiento del paciente

MÉTODO

-Elaboración del protocolo de manejo clínico del linfedema con la implantación de: una plantilla de recogida de datos, un algoritmo de tratamiento, y evaluación con escalas específicas que nos faciliten las decisiones terapéuticas y el seguimiento
-Puesta en marcha del protocolo en nuestra actividad asistencial

INDICADORES

% de utilización de la plantilla de exploración física (dentro de la HC) en la que se recogen los datos más relevantes para comparar cambios evolutivos (valor por encima de 80%)
% de cumplimiento del protocolo de tratamiento conservador del linfedema y tras cirugía (valor por encima de 80%)
% de utilización de escalas de valoración de linfedema (valor por encima de 80%)

DURACIÓN

-Junio: elaboración del protocolo de valoración y tratamiento del linfedema
-A partir de Julio creación y establecimiento en nuestra actividad asistencial con expectativa de implantarse como medida establecida
-Diciembre: memoria y evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0876

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES Y PERIARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ANA MARTINEZ GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA
VELASCO GOMARA SOLEDAD
SUELVES MONTES PILAR
SUBIAS TRICAS MERCEDES
SANMARTIN SATUE CONCEPCION
PATIÑO GARCES MARIA CARMEN
GRANDE MELCHOR MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La patología del aparato locomotor, aguda o crónica, traumática, degenerativa o inflamatoria que se expresa como dolor, signos inflamatorios y/o limitación funcional es susceptible, en determinadas circunstancias, de tratamiento local mediante técnicas de infiltración. La infiltración consiste en la inyección, intra-articular o en elementos no articulares, de sustancias con efecto antiinflamatorio y analgésico que tratan de alcanzar efectos perecederos o definitivos en la mejoría de procesos que afectan al aparato locomotor.

Para evitar complicaciones derivadas de posibles infecciones derivadas de estas técnicas, hemos hecho una revisión bibliográfica y unificado criterios para la realización de las diversas técnicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras una revisión bibliográfica se ha hecho un consenso de actuación para la realización de infiltraciones articulares y peri-articulares.

Normas de aplicación

- Realización por personal especializado y entrenado.
- Conocimiento anatómico de las estructuras articulares y de tejidos blandos a infiltrar.
- Elegir la vía de acceso más cómoda y segura, marcando si es preciso el punto de entrada.
- Tener siempre todo el material preparado antes de comenzar la técnica.
- Es recomendable realizar cualquier infiltración de forma ECOGUIADA para aumentar la eficacia y la seguridad de la misma.
- Rigurosa asepsia, que implica:
 - o Lavado de manos por parte de enfermería/auxiliares y médico.
 - o Asepsia de la zona a infiltrar, con alcohol 70° y/o con povidona yodada, utilizando gasas desechables.
 - o Guantes no estériles por parte de enfermería/auxiliares para manejo del material utilizado.
 - o Manipulación aséptica del material de infiltración y de la zona a infiltrar, utilizando guantes estériles y paños estériles de protección si es preciso.
 - o Cargar los fármacos con distinta aguja a la de la punción. Será el médico el que ayudado por enfermería/auxiliares realice la carga de la medicación.
 - o Elegir la aguja adecuada para cada articulación o tejido blando.
 - o En zonas muy dolorosas, anestésicar previamente los planos superficiales o utilizar spray de cloreto.
 - o Introducir la aguja de manera suave, sin ejercer resistencias inesperadas a la introducción de la aguja.
 - o Si se está en cavidad articular, aspirar antes todo el líquido sinovial que pueda haber. Antes de inyectar el fármaco, cerciorarse mediante aspiración de que no se está en vía vascular. Si se infiltra próximo a tejido nervioso, preguntar al paciente si nota parestesias o dolores lancinantes, para evitar lesionarlo.
 - o Administrar un volumen no superior al que admite cada articulación: aproximadamente 0.5 ml en articulaciones pequeñas; aproximadamente 3 ml en articulaciones medianas y aproximadamente 5-10 ml en articulaciones grandes.
 - o Tras la infiltración, retirar la aguja con cuidado y proteger con un apósito el punto de punción.
 - o Recomendar el reposo de la articulación durante las veinticuatro a cuarenta y ocho horas siguientes a la infiltración. Se recomienda además crioterapia local y analgesia habitual si presenta molestias locales.
 - o Atenerse a las indicaciones y contraindicaciones.

Se han registrado datos de las infiltraciones hechas en consulta con aplicación en el 97% de cada uno de los pasos anteriores. Las infiltraciones realizadas no han podido realizarse con ecografía dado que no contamos con ecógrafo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Viendo que los resultados de este proyecto son positivos, se pretende continuar su aplicación a todas las técnicas de infiltración articular y peri-articular de aparato locomotor.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0876

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES Y PERIARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR

*** ===== Resumen del proyecto 2018/876 ===== ***

Nº de registro: 0876

Título
PROTOCOLO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR

Autores:
MARTINEZ GONZALEZ ANA, CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA, VELASCO GOMARA SOLEDAD, SUELVES MONTES PILAR, SUBIAS TRICAS MERCEDES, SANMARTIN SATUE CONCEPCION, PATIÑO GARCES MARIA CARMEN, GRANDE MELCHOR MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Vemos la necesidad de realizar un protocolo de infiltraciones intraarticulares ante la variabilidad de técnicas utilizadas desde la preparación del material, asepsia del campo y del material utilizado y las patologías tratadas.
El objetivo es unificar criterios y evitar complicaciones graves.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear un protocolo en el que se especifique el material necesario, técnicas de asepsia, instauración de consentimiento informado escrito al paciente y evitar complicaciones derivadas de una incorrecta actuación.

MÉTODO
crear un protocolo y hacerlo extensible a todo el Servicio de Rehabilitación (médicos y TCAE). Crear un consentimiento informado para el paciente.

INDICADORES
- Realización de un consentimiento informado
- Realización del protocolo y su puesta en marcha

DURACIÓN
Inicio:1/6/2018
Finalización: 31/12/2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0647

1. TÍTULO

EVALUACION DEL IMPACTO (I) DE LA CONSULTA VIRTUAL EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGIA DURANTE EL AÑO 2018

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL PINA SALVADOR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAMISEL ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HAN REALIZADO DURANTE EL PERIODO MAYO-DICIEMBRE 2018 435 CONSULTAS VIRTUALES DE REUMATOLOGIA. RECOPIACION DE VARIABLES EN HOJAS EXCELL.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
435 CONSULTAS VIRTUALES DE LAS CUALES 336 FUERON ALTAS Y 99 SE CITARON EN CONSULTA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS RESULTADOS MUESTRAN UNA GRAN EFICACIA RESPECTO A LA FRECUENTACION DE PACIENTES EN CCEE Y GRAN DISMINUCION DE LA LISTA DE ESPERA PARA ATENDER PATOLOGIAS PRIORITARIAS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/647 ===== ***

Nº de registro: 0647

Título
EVALUACION DEL IMPACTO (I) DE LA CONSULTA VIRTUAL EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGIA DURANTE EL AÑO 2018

Autores:
PINA SALVADOR JOSE MANUEL, GAMISEL MUR ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La situacion actual de la consulta de Reumatologia presenta grandes demoras por excesivo numero de pacientes que se ven de primer dia, lo que genera disminucion importante de los huecos de agenda para las revisiones de pacientes cronicos y los que estan pendientes de resultados. Se trata de evaluar como la herramienta de la CONSULTA VIRTUAL es capaz de mejorar la gestion de la consulta para solucionar parte de la problematica comentada.

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos conseguir una drastica reduccion del numero de pacientes que requieran consulta presencial y de esa manera disponer de mas huecos para las revisiones sucesivas (acortando demoras) y los pacientes pendientes de resultados.

SE VALORARAN:

- a) DEL TOTAL DE PACIENTES REMITIDOS, CUANTOS HAN SIDO CITADOS PARA CONSULTA DE PRESENCIA FISICA.
- b) Nº DE CONSULTAS DE ALTA RESOLUCION, ENTRE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA DE PRIMER DIA.
- c) REPERCUSION EN LA DEMORA PREVIA EXISTENTE DE LAS CONSULTAS SUCESIVAS.

MÉTODO

Utilizacion de la plataforma online de Consulta Virtual.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0647

1. TÍTULO

EVALUACION DEL IMPACTO (I) DE LA CONSULTA VIRTUAL EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGIA DURANTE EL AÑO 2018

INDICADORES

Los datos seran recogidos en hoja excel y volcados en programa estadistico, pendiente de concretar, para evaluacion de resultados.

DURACIÓN

De enero de 2017 a 31 de diciembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0244

1. TÍTULO

ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL PESQUER VILAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PIQUERAS PLA CRISTINA
MALO ASO ALEJANDRA
MUR LASPALAS SARA
OLIVAR ORTEGA LORENA
MARTIN LOPEZ MIRIAN
ROPERO MAIZ MARGARITA
MC KINNEY ALBAR SINEAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 10 sesiones semanales en el servicio dirigidas al personal TCAE de la unidad. Tras cada sesión se adjunta la documentación del tema tratado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han podido establecer líneas comunes de trabajo.
Se han adquirido los conocimientos básicos para desarrollar el trabajo diario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es positiva por parte de docentes y participantes. Se ha tocado un amplio abanico de temas habituales en nuestra práctica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/244 ===== ***

Nº de registro: 0244

Título
ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA

Autores:
PESQUER VILAS ISABEL, PIQUERAS PLA CRISTINA, MALO ASO ALEJANDRA, MUR LASPALAS SARA, OLIVAR ORTEGA LORENA, MARTIN LOPEZ MIRIAM, ROPERO MAIZ MARGARITA, MC KINNEY ALBAR SINEAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La UCC es un servicio con poco más de un año de antigüedad que se pone en marcha desde cero, sin tener un conjunto básico de normas y rutinas de trabajo comunes. Hay que consensuar y organizar el trabajo diario y nos encontramos, por un lado, un grupo de TCAE con cierta experiencia laboral pero procedentes de servicios diversos y por otro lado, otro grupo con escasa experiencia hospitalaria. Entendemos pertinente este proyecto porque nos permite unificar criterios y ofrecer conocimientos con lo que pretendemos asentar una sólida base de trabajo en una línea común.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reconocer el material básico para auxiliar a las enfermera en las técnicas básicas y toma de muestras.
- Ser capaz de dar los cuidados necesarios a la diversidad de pacientes: apoyo en la alimentación a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0244

1. TÍTULO

ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA

- pacientes con disfagia, practicar una higiene adecuada, prevención de lesiones por presión ...
- Actuación ante una PCR en planta y limpieza posterior de los materiales que se hayan utilizado (laringoscopio, ambú ...)
 - Necesidades especiales en los pacientes aislados. Conocer los distintos tipos de aislamientos.
 - Conocemos a nuestro paciente tipo: EPOC e IC

MÉTODO

Sesiones formativas semanales de 30 minutos de duración impartidas en el mismo servicio para que llegue al 100% de los trabajadores aunque estén en su jornada laboral.

INDICADORES

De cada sesión saldrá una pauta común de trabajo relativa al tema tratado.
Se entregarán por escrito los contenidos de cada sesión a cada participante.
Sensación percibida de mejora de conocimientos por parte de todo el equipo, lo que repercutirá en un trabajo más fluido y organizado y mejor aprovechamiento de recursos.

DURACIÓN

- 24 enero: Material básico para técnicas de enfermería: VP, SV y SNG
- 31 enero: Recogida de muestras: técnicas y recipientes
- 7 febrero: Toracocentesis, Paracentesis y Punción lumbar
- 14 febrero: Paciente con disfagia
- 21 febrero: Carro de paros. Actuación ante una PCR en planta
- 28 febrero: Productos de limpieza de material e higiene del paciente
- 7 marzo: Aislamientos
- 14 marzo: Limpieza del ambú
- 21 marzo: Fisiopatología básica del EPOC e IC
- 28 marzo: Material para cura de heridas

Una vez terminado el ciclo de sesiones, se hará una evaluación conjunta de los resultados obtenidos y se propondrán nuevas fechas si hiciera falta repasar algún tema o surgieran nuevas inquietudes formativas, siempre relacionadas con el paciente y las actividades de nuestro servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0409

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE JUAN JOSE EITO CUELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA ANADON ZULEMA
AREVALO DURAN MONICA
LORIENTE MARTINEZ CLARA
BITRIAN DEL CACHO ANDRES
PUJALA TORRALBA MARTA
AGUIRREGOICOA OLABARRIETA IVAN
CANAHUIRI AGUILAR JULIO CESAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Evaluación inicial: se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva en las bases de datos médico científicas pubmed, embase, uptodate o crochane library así como se consultó la jurisprudencia en relación. De esta manera obtuvimos el punto de partida para evaluar nuestra situación actual e iniciar el camino de mejoras para conseguir nuestro objetivo en la adecuación de la solicitud de las pruebas de imagen.

Charlas-sesiones en el servicio: Se han realizado sesiones en el Servicio de Urgencias junto con el Servicio de Radiodiagnóstico (Dr Bitrian) para la difusión de los objetivos alcanzados y la correcta adecuación en el desempeño de la practica médica desde el Servicio de Urgencias y Radiología del Hospital de Barbastro.

Reunión, puntos comunes, peticiones, criterios mínimos y volantes: Se realizaron 3 reuniones (29/10, 10/12 y 21/12 de 2018). Los objetivos eran mejorar:

- La seguridad del paciente evitando la radiación innecesaria.
- El uso racional de los recursos (factor económico).
- No duplicar pruebas entre Atención Primaria y Especializada.
- Justificar dichas peticiones: identificar el médico que las solicita, el paciente, correcta justificación clínica, alergias del paciente, tratamiento actual (imprescindible en caso de antidiabéticos orales si va a ser aplicado el contraste intravenoso en el trascurso de la prueba), aporte de pruebas complementarias como la función renal, existencia de estudios previos recientes.
- Adecuación del tipo de estudio según patología de sospecha para elegir el gold estándar en cada caso.
- Revisión de la cumplimentación de las pruebas de imagen solicitadas y si estas contenían los datos básicos así como correctos.

Todo esto se difundió mediante una charla explicativa así como en formato escrito, así como los casos donde debemos tener claro las pruebas que no deben ser solicitadas según patología.

Los responsables del proceso y la supervisión del mismo fueron: Jefes de Servicio de Urgencias Hospitalaria y Radiodiagnóstico, FEA Urgencias Hospitalarias y Radiología. Técnicos de radiodiagnóstico. Enfermería de ambos servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A partir de este proyecto de calidad de mejora hemos podido implementar los cambios necesarios para mejorar la seguridad de la petición de las pruebas de imagen desde el punto de vista de indicación/criterio médico/radioprotección del paciente.

Nuestros indicadores:

- N° Solicitudes adecuadas por diagnostico final/total de solicitudes.

Debido a la relevancia clínica y a la fiabilidad del diagnostico radiológico, proponemos como indicador las solicitudes de Angio-TC ante la sospecha clínica de TEP. Como fuentes de información hemos utilizado el RIS de Radiología, donde hemos extraído los datos: total de solicitudes, número de pruebas positivas para el diagnostico de TEP en el periodo Enero-Noviembre 2018.

Como referencia utilizamos una revisión del porcentaje de Angio-TC positivos ante la sospecha de TEP publicado en los últimos diez años, que establecen el intervalo de 20-26%.

Indicador: porcentaje de adecuación pruebas diagnósticas sospecha TEP: (N° pruebas positivas/total de solicitudes)X100; (39/181)X10=22%

- N° Solicitudes cumplimentadas correctamente/número total de solicitudes:

Hemos utilizado como indicador la radiografía de tórax por ser la exploración radiológica que más frecuentemente se realiza en los Servicios de Radiología.

Se analiza una muestra de las solicitudes de radiografía de tórax realizadas los fines de semana del mes de noviembre de 2018 (n=114) obtenidas del RIS del Servicio. Para considerar una solicitud correctamente indicada nos hemos basado en su Inclusión en la Guía de la Comisión Europea de Protección Radiológica 118 (disponible en los recursos de Radiología de nuestra intranet). Como referencia utilizamos una revisión del porcentaje de pruebas bien indicadas publicado en los últimos 10 años que establece el intervalo del 20-35% .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0409

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS

Indicador: Porcentaje pruebas radiológicas correctamente indicadas: (Nº Solicitudes bien indicadas/número total de solicitudes)x100; (37/114)x100=32%.

- Evolución nº pruebas solicitadas comparadas con el año anterior.

Como fuente de información hemos utilizado el RIS de radiología: Indicador: nºTACs 2018 Enero- Noviembre - nº TACs 2017 Enero-Noviembre= 2065-1638=427 más en 23018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Deseamos continuar con el Proyecto de Mejora que hemos iniciado para poder revisar la adecuación de la solicitud nuestras pruebas complementarias para garantizar la seguridad de nuestros pacientes y la mayor efectividad/eficiencia de las mismas, logrando acercarnos a los objetivos que existen dispuestos para los indicadores evaluados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/409 ===== ***

Nº de registro: 0409

Título
GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS

Autores:
EITO CUELLO JUAN JOSE, GARCIA ANADON ZULEMA, AREVALO DURAN MONICA, LORIENTE GARCIA CLARA, BITRIAN DEL CACHO ANDRES, PUJALA TORRALBA MARTA, AGUIRREGOICOA OLABARRIETA IVAN, CANAHUIRI AGUILAR JULIO CESAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hoy en día la realización de pruebas diagnósticas de imagen aumentan la demanda, siendo imprescindibles en la práctica clínica habitual. La variabilidad en la utilización y su solicitud puede indicar inadecuación. La sobre demanda asistencial, la dispersión geográfica y el acceso del Médico son factores que influyen en la toma de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisar Conjuntamente desde Servicio de Urgencias y Servicio de Radiología las peticiones, indicaciones y el uso adecuado de las Pruebas de imagen. Elaborar un protocolo de uso adecuado, identificando y recomendando la técnica mas adecuada en casa caso, revisando las solicitudes para presentar unos criterios mínimos de justificación y calidad

MÉTODO
1.- Identificar problema - Evaluación Inicial -Revisión de Bibliografía por componentes.
2.- Charlas-Sesiones en Servicio tres anuales.
3.- Reunión puntos comunes, peticiones, criterios mínimos volantes
4.- Identificar Responsables proceso. Supervisión.
5.- Evaluar Final

INDICADORES
Nº solicitudes adecuadas por diagnostico final / total de solicitudes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0409

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS

Nº solicitudes cumplimentadas correctamente con criterios minimos / numero total
nº pruebas solicitadas período mismo año anterior, comparación

DURACIÓN
del 1 de Junio del 2018 al 31 Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1255

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE JAVIER MARTINEZ CASTILLON
· Profesión MIR
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AURED DE LA SERNA ISABEL
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
BAGÜESTE MORAN PATRICIA
CAMPO GALLARTA CESAR
PONS MATEO MONTSERRAT
GOMEZ MARQUEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Marzo- Junio 2018

Inicialmente se llevó a cabo una selección de los componentes del equipo de mejora mediante comunicación oral directa del coordinador con los servicios implicados. La decisión de qué servicios debían formar parte del proyecto se realizó en función de la potencial participación de los mismos en el manejo de la pancreatitis aguda (PA). Se incluyeron FEA del Servicio de Digestivo, FEA del Servicio de Urgencias, FEA del Servicio de Cuidados Intensivos, FEA del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, FEA de Medicina Interna y tres residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diferentes fuentes como PUBMED, EMBASE, SCIELO de trabajos y documentos relacionados con el tratamiento inicial de la PA priorizándose las últimas recomendaciones expuestas en la Guía Clínica de la Asociación Americana de Gastroenterología por ser las más actualizadas y las de mayor calidad metodológica.

Se realizó un primer borrador que fue presentado en formato papel a los integrantes del equipo de mejora en una primera reunión el 8/03/2018. Los recursos empleados para las reuniones consistieron en un aula dedicado a actividades formativas MIR, en horario de mañana. Se revisó el mismo, se acordó la estructura del protocolo decidiendo qué partes debían ser priorizadas, complementadas y cuál debían ser excluidas.

Se fijó una nueva fecha de reunión para el 10/04/2018 con los integrantes del equipo de mejora para la revisión final del protocolo. Tras la misma se redactó finalmente el protocolo listo para su difusión.

Una vez realizado el protocolo se determinó una fecha para la divulgación del mismo en forma de sesión clínica hospitalaria. Un integrante del equipo adaptó el texto del protocolo a un soporte visual mediante el programa Microsoft Power Point® para su presentación mediante diapositivas. Otro integrante del equipo se encargó previamente de la difusión de la sesión mediante un cartel anunciador que se colgó en la página principal de la web interna del hospital ("Intranet"), así como de reservar un aula para la realización de la misma.

El 14/06/2018 se realizó la sesión divulgativa hospitalaria. Se expuso el objetivo del proyecto, así como el protocolo realizado a los asistentes. Se debatieron los posibles puntos de mejora, así como las dificultades en la instauración del protocolo en nuestro hospital. Se realizó una hoja de registro de asistencia mediante las firmas de los asistentes en formato papel, para su posterior evaluación como indicador de evaluación del proyecto.

Junio - Octubre 2018

Dada la escasez de asistentes a la primera sesión se planificaron dos sesiones divulgativas más. Tras las mismas se acordó un periodo de seguimiento de 6 meses para poder observar a posteriori la viabilidad del proyecto, así como los cambios observados en cada uno de los servicios implicados en el manejo de la PA.

Marzo 2018

Pasados estos 6 meses se realizó una nueva reunión en la cual se debatieron los diferentes aspectos observados durante el periodo de seguimiento, las conclusiones de los resultados obtenidos y la puesta en marcha de ideas de mejora para futuras ocasiones. Se incluyó una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, mencionando en su caso, la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación. Se realizó también una encuesta de evaluación del proyecto destinada a los componentes del mismo, que no estuvo presente en el planteamiento inicial del proyecto.

En ella se preguntó por las siguientes cuestiones:

¿Se ha cumplido el objetivo principal de proyecto?

¿Se han cumplido los objetivos secundarios del proyecto?

¿Cree que el proyecto ha modificado la actitud en cuanto al manejo de la PA en el Hospital de Barbastro?

¿Cree que el proyecto ha modificado la actitud en cuanto al manejo de la PA en su Servicio?

¿Qué cree que sería necesario para mejorar el desarrollo del proyecto?

En general el proyecto me ha parecido (Valorar del 0 al 10)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1255

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras analizar las hojas de registros de asistencia a las sesiones clínicas se constata que >50% de los Facultativos Especialistas Adjuntos (FEA) de cada servicio implicado en la realización del protocolo acudieron a una o varias sesiones divulgativas.

El 100% de los Médicos Internos Residentes (MIR) acudieron a una o varias sesiones divulgativas.

El 100% de los servicios que forman parte del equipo de mejora y por tanto que más implicación tiene en el manejo de la PA en nuestro hospital, fue actualizado en el manejo inicial de la PA según el conocimiento científico más actualizado hasta la fecha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras realizar una encuesta a los integrantes del equipo de mejora sobre las actividades realizadas estas fueron sus respuestas:

UTILIDAD DEL PROYECTO

1.1- ¿Se ha cumplido el objetivo principal de proyecto?

Parcialmente ya que sí se ha realizado un protocolo y se han realizado sesiones clínicas informativas, donde han participado todos los servicios implicados en el proceso de esta patología. Se ha realizado también una revisión actualizada de las evidencias científicas, y con ello elaborado un plan unificado, de medidas a realizar ante PA.

Pero también hay que destacar que, a pesar de haber actualizado el conocimiento actual sobre dicha patología, el protocolo no se ha terminado de consensuar quizás debido a limitaciones derivadas de la falta de recursos técnicos específicos (CPRE preoz por ejemplo)

1.2 - ¿Se han cumplido los objetivos secundarios del proyecto?

Mediante la revisión comentada se ha actualizado los conocimientos en esta patología, además se han realizado periódicamente sesiones divulgativas en diferentes servicios, utilizándose las últimas guías de actuación clínica de distintas sociedades científicas. También se han hecho sesiones tanto generales como por servicios explicando el protocolo.

2.- UTILIDAD DEL PROYECTO

2.1.- ¿Cree que el proyecto ha modificado la actitud en cuanto al manejo de la PA en el Hospital de Barbastro?

Se valoró del 0 al 10 siendo
1 puntuación mínima (nada, inútil)
10 puntuación máxima (absolutamente, muy útil)

Se valoró con una media de 6 puntos.
Dentro de las limitaciones se encontró una falta de difusión del proyecto a los servicios implicados en su manejo, existiendo facultativos que una vez finalizadas las sesiones divulgativas, no habían sido participes ni informados del proyecto de mejora. Aspecto por tanto de mejora para futuras ocasiones.
También se concluyó que se precisa de especialistas que asuman los nuevos conocimientos expuestos.

2.2.- ¿Cree que el proyecto ha modificado la actitud en cuanto al manejo de la PA en su Servicio?

Se valoró con una media de 5,25 puntos.

3.- MEJORAS

3.1.- ¿Qué cree que sería necesario para mejorar el desarrollo del proyecto?

Continuar haciendo un seguimiento de las PAG que ingresan en el centro durante un periodo postproyecto. Continuar con las sesiones periódicas, o elaboración de un tríptico con recomendaciones. Dejar el protocolo a disposición de los facultativos en un formato electrónicos en la red interna del hospital "Intranet" que quede colgado en alguna carpeta de la intranet del centro. Adecuar el protocolo a los recursos del hospital (Sobretudo en el manejo de la PA aguda biliar), así como mejorar la difusión del protocolo. Más implicación del resto de especialistas.

3.2 Otras observaciones del equipo de mejora

Sería de utilidad considerar un plan de actuación en la pancreatitis crónica, a menudo infradiagnosticada, e infratratada, aunque con posibilidad de complicaciones. Implicar a más personal sobre el que recae el manejo de las pancreatitis agudas, ya que más del 60% ingresan a cargo de Medicina interna, por tanto es de gran importancia la difusión de aquellas actualizaciones que existen publicadas en la bibliografía actual y como estas pueden aplicarse en nuestro hospital. La valoración global media de los integrantes del proyecto fue de 8

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1255

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1255 ===== ***

Nº de registro: 1255

Título
TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

Autores:
MARTINEZ CASTILLON JAVIER, AURED DE LA SERNA ISABEL, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, EITO CUELLO JUAN JOSE, BAGÜESTE MORAN PATRICIA, CAMPO GALLARTA CESAR, PONS MATEO MONTSERRAT, GOMEZ MARQUEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro se atienden inicialmente alrededor de 40 pancreatitis agudas (PA) al año. De ellas, un 65 % ingresan en el servicio de Medicina Interna, un 24 % ingresan en Cirugía y un 3 % ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se dibuja así un escenario multidisciplinar en el que, de forma observacional, se ha detectado una heterogeneidad en el tratamiento inicial de la PA en los diferentes servicios implicados en su manejo.
En marzo de 2018, el Comité de Guía de Práctica Clínica de la Asociación Americana de Gastroenterología publica las siguientes recomendaciones oficiales para el tratamiento inicial de la pancreatitis aguda.
1- Dieta oral precoz. En pacientes con PA la AGA recomienda dieta oral precoz (dentro de las primeras 24h) siempre que el paciente la tolere, mejor que dieta absoluta. La AGA recomienda el uso de nutrición enteral (oral o sonda) comparado con el uso NPT.
2- Colectectomía. La AGA recomienda la realización de ésta durante el ingreso en aquellas PA de origen biliar, en comparación con una intervención diferida.
3- Intervención breve sobre el abandono del alcohol durante el ingreso de una PA de causa enólica.
4- La AGA sugiere la NO utilización de manera sistemática de una CPRE en aquellas PA de origen biliar sin evidencia de colangitis.
5- La AGA sugiere la NO utilización de antibioterapia profiláctica
Basándonos en el mayor grado de evidencia científica disponible hasta la fecha creemos necesario realizar una puesta en común del abordaje inicial de esta patología, mejorando así la Calidad Científico-Técnica de nuestro hospital en relación con esta patología.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal
- Crear un protocolo multidisciplinar para el manejo inicial de la PA en el Hospital de Barbastro
Objetivos específicos
- Actualizar el conocimiento científico sobre el tratamiento de la PA en base a las últimas recomendaciones de la Asociación Americana de Gastroenterología.
- Realizar sesiones clínicas hospitalarias divulgativas fomentando el debate y la expresión de ideas, de cara a la creación de nuevos puntos de mejora durante el año posterior a la implantación del protocolo

MÉTODO
- Se formará un equipo de trabajo multidisciplinar integrado por diferentes servicios hospitalarios. El grupo dispone de un coordinador.
- Se realizará una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diferentes fuentes como PUBMED, EMBASE, SCIELO de trabajos y documentos relacionados con el tratamiento inicial de la PA.
- Se realizará una fase de elaboración del protocolo. Se ha acordado previamente la estructura general del documento y los componentes principales del mismo. Una persona del equipo se ha encargado de realizar un primer borrador, que ha sido revisado y consensado en varios países por el resto del equipo hasta su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1255

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

redacción final.

- Se realizará una sesión divulgativa en el Hospital de Barbastro donde se exponga dicho primer borrador. Se invitará a todos los Servicios Implicados en el tratamiento de la PA a su asistencia y debate, con el objetivo de consensuar todas las opiniones y perfilar el primer borrador
- Elaboración de Hoja de registro con el número de profesionales asistentes a Sesión Clínica Hospitalaria
- Se realizará un segundo y definitivo documento con las modificaciones que resulten de la puesta en común del primer borrador, según lo acontecido en la Sesión Clínica Hospitalaria.
- Se realizará una breve conclusión sobre los objetivos logrados.

INDICADORES

- % de Servicio y profesionales implicados que acuden a formación
- % de Servicios donde se implanta el protocolo
- % de Servicios que actúan de acuerdo al protocolo instaurado
- Tras la instauración del protocolo, y tras un periodo de funcionamiento de un año, se realizarán reuniones semanales durante un mes, con el equipo multidisciplinar donde cada facultativo aportará información acerca de su Servicio, sobre los logros conseguidos durante este año, así como las dificultades y los problemas observados durante la implantación del protocolo.

DURACIÓN

Duración del proyecto: marzo 2018 - Julio 2019

Marzo 2018 a junio 2018

- Creación del equipo multidisciplinar. Búsqueda de bibliografía y recogida de datos
- Reuniones de los facultativos del grupo de mejora para la puesta en común de ideas y diseño preliminar del protocolo.
- Sesión Hospitalaria. (mayo-junio 2018) Será realizada por el coordinador del equipo y por el FEA de Cuidados Intensivos.
- Reunión semanal (Junio 2018) con el equipo de mejora para la creación del protocolo final e Instauración del mismo en el Hospital.

Junio 2018 a Junio 2019

- Implantación del protocolo en los servicios implicados

Julio 2019

- Reuniones semanales. Memoria final del proyecto, donde se recogerá las actividades realizadas, los resultados alcanzados, los problemas observados, y las conclusiones finales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1374

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLANES DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ELISA VALLES TORRES
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. URGENCIAS
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACOMA ABADIA ANA MILAGROS
TORRES PENA ISABEL
GONZALEZ GARCIA MAGDA
RENAU GONZALEZ LAIA
GARCES CAMPO BEGOÑA
ASPAS CAMPO CARLOS
TOA LARDIES ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Formación del grupo de trabajo y realización de reuniones periódicas (5).
• Organización y selección de temas a tratar en los talleres de actualización de conocimientos, dividiendo las tareas a realizar por grupos. Grupo1: Intubación oro-traqueal y vía aérea (material y medicación). Grupo 2: RCP (algoritmo y roles) y balón de resucitación (montaje y limpieza). Grupo 3: Monitor (manejo de función desfibrilador, cardioversión y marcapasos). Grupo 4: Vía central, vía intraósea, PICC (inserción y manejo).
• Elaboración del material formativo basándonos en evidencias científicas, parte teórica con "power point" y parte practica con talleres.
• Ensayo, con los miembros del grupo, del material elaborado para impartir los talleres teóricos y de la parte practica para mejorar las destrezas.
• Diseño de un test para medir la mejora de conocimientos teóricos y una autoevaluación para medir la percepción de necesidad de reciclaje en técnicas complejas usadas en situación de emergencia.
• Creación de criterios e indicadores.
• Petición al área de formación de material para realizar los talleres practica, muñecos para RCP y muñeco para IOT.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
o Establecer un programa de talleres, basados en evidencia científica actual que incluyan medidas de mejora concreta y evaluables con criterios e indicadores medibles que contribuyan a mejorar la seguridad del paciente y trabajadores con una asistencia de mejor calidad científico-técnica.
o Indicadores:
• Asistencia al taller del 75% del personal de enfermería del servicio. Número neto de personal de enfermería en cartelera: n=30.
• Mejora de los conocimientos del 20%. Medido con un test teórico pre y post taller.
• Mejora en la percepción de conocimientos del 20%. Medido con una autoevaluación numérica de comparación de sus conocimientos pre y post taller.
• Encuestas recogidas: en relación al número de asistentes.
? Satisfacción 100%
? Test teórico 100%
? Autoevaluación 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debido al gran número de personal en el servicio y la baja incidencia de técnicas concretas realizadas en "críticos" es necesario realizar reciclajes para disminuir la variabilidad y mejorar la calidad en las actuaciones, dando mucha importancia a la parte practica de los talleres.
Ha habido una buena acogida por parte del personal, interesándose por las fechas de realización de los talleres y manifestando que aumentaría su seguridad y satisfacción, esperamos poder satisfacer sus expectativas.
Pensamos que es un proyecto sostenible y que puede ser mantenido en el tiempo, por el cambio de personal en el servicio de urgencias al cabo del año y en las épocas de invierno y vacaciones de verano, haciendo reciclajes periódicos. A su vez estamos dispuestos a incorporar las técnicas que se crean necesarias para mejorar las destrezas y la confianza en una situación de emergencia.

7. OBSERVACIONES.
Estamos pendientes desde diciembre de saber si podemos disponer de los muñecos para poder realizar los talleres, esperamos se resuelva pronto y poder empezar a realizar los talleres de reciclaje, ya que nuestros compañeros/as tienen interés en participar y apoyan nuestra iniciativa viéndola útil.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1374 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1374

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLANES DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

Nº de registro: 1374

Título
ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES DEL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE URGENCIAS

Autores:
VALLES TORRES ELISA, LACOMA ABADIA ANA MILAGROS, TORRES PENA ISABEL, GARCES CAMPO BEGOÑA, GONZALEZ GARCIA MAGDA, TOA LARDIES ELENA, RENAU GONZALEZ LAIA, ASPAS ARTIGA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Personal de urgencias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: científico-tecnico

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La necesidad de formación específica y especializada de las enfermeras para cuidar de los pacientes en el ámbito de urgencias, así como una formación continuada para actualizar dichos conocimientos, es fundamental si deseamos ofrecer al paciente una atención integral de calidad y dentro de las prácticas seguras. En las Unidades de Urgencias Hospitalarias, se ofrece atención a pacientes con un elevado nivel de gravedad o con riesgo de sufrir complicaciones potencialmente mortales.
Nuestra propuesta desde la propia Unidad de Urgencias del Hospital de Barbastro, es ofrecer una actualización periódica a los profesionales, tanto de conocimientos teórico como instrumentales, del paciente crítico: PCR y técnicas como intubación, vías venosas centrales y centrales de inserción periférica, intraosea, catéter arterial, medición de presión venosa central y a su vez administración de dedicación en dichas técnicas...

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo general es disminuir la variabilidad y la actualización de conocimientos y habilidades en soporte vital avanzado siguiendo las guías actualizadas en 2015. Nuestro servicio dispone de 2 camas de pacientes críticos, donde se ofrece atención urgente a pacientes críticos. El equipo de enfermería de Urgencias está compuesto por una plantilla fija de enfermería de 21 enfermeras y 10 de reducciones de jornada. La plantilla fija de nuestra unidad, que sí está habituada a la rutina de trabajo y dispone de competencias específicas en la materia adquirida gracias a la experiencia de los años trabajados en la unidad. Al ser un número tan elevado de personal fijo y la incidencia de estas prácticas específicas ser bajo, el personal de enfermería precisa de actualización de conocimientos del paciente con PCR e IOT, para asegurar unos cuidados de alta calidad. En épocas de verano contamos con personal que no trabaja habitualmente en el servicio, por lo tanto no está siempre habituada a las prácticas instrumentales de la unidad y se podrían beneficiar de esta formación continuada.

MÉTODO
1. Diseñar un plan de actualización para adquirir conocimientos en algoritmos de Soporte Vital Avanzado según las Guías de 2015 del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar y manejo de vía aérea.
2. Estandarización de las actuaciones ante el paciente con RCP y la IOT en paciente crítico en el servicio de urgencias para disminuir la variabilidad.
3. Mejorar con ello la atención y la seguridad en el cuidado al paciente crítico de nuestro servicio de urgencias.
4. Actualización de protocolos disponibles en el servicio de técnicas como vías venosas centrales y centrales de inserción periférica, intraosea, etc.

INDICADORES
1. Constatar la elaboración del plan de formación.
2. Elaborar calendario de formación.
3. Indicadores que se van a utilizar:
- Número de profesionales que reciben la formación.
- Autoevaluación de los conocimientos acerca de las técnicas antes y después de finalizar las sesiones para comprobar la asimilación y nivel de adquisición de los conocimientos impartidos por medio de cuestionarios.
- Encuesta de satisfacción a enfermería sobre las actividades de formación continuada llevadas a cabo tras las sesiones.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1374

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLANES DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

1. Se implementará un plan de reciclaje específico de dichas técnicas medicalizadas tanto en la esfera teórica como instrumental y el manejo de los fármacos usados, basándonos en las últimas actualizaciones. (Junio-Septiembre)
2. Se elaborará calendario de formación semestral, tanto para el personal fijo como para los contratados.(Noviembre-Diciembre y Mayo-Junio)
3. De acuerdo al calendario, se impartirán sesiones teórico-prácticos al personal de enfermería.(Noviembre-Diciembre y Mayo-Junio)
4. Actualización de protocolos disponibles en el servicio de las técnicas realizadas.

OBSERVACIONES

Es un proyecto pensado para los clientes internos, pensamos que va a ser muy util tanto para los trabajadores del servicio como para los componentes del grupo y los pacientes graves atendidos.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1050

1. TÍTULO

VÍA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (UIE) MEDIANTE MALLA SUBURETRAL TOT

Fecha de entrada: 08/08/2019

2. RESPONSABLE MARIA MATA ORUS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRESPO MAYOR VICENTE
CADEVILLA ARNALDA ISABEL
HIDALGO SALLAN VERONICA
SALILLAS GUILLEN RAQUEL
BORREL BORREL EVA
GARCES BIELSA SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización, revisión y puesta en marcha de vía clínica de TOT. Para ello se ha consensado la vía de forma óptima, teniendo en cuenta el personal de enfermería, médicos, auxiliares. Se han revisado otros protocolos de otros servicios. Se ha tenido en cuenta las recomendaciones descritas en la literatura.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha logrado disponer de una hoja de vía clínica que se adjunta a la historia del paciente y mediante la cual se puede verificar del adecuado cumplimiento de la misma. Actualmente sólo se ha podido incluir un caso debido a que no se ha realizado este año esta intervención en más ocasiones. En dicho caso si que se utilizó la vía clínica, si bien es un número escaso para poder aplicar los indicadores de evaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se concluye que un número de 1 paciente es escaso para poder realizar una evaluación adecuada y se llega al consenso de disponer de al menos 10 pacientes para realizar una conclusión final.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1050 ===== ***

Nº de registro: 1050

Título
VIA CLINICA DEL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) MEDIANTE MALLA SUBURETRAL (TOT)

Autores:
MATA ORUS MARIA, CRESPO MAYOR VICENTE, CACHI FUENTES GUIDO, CADEVILLA ARNALDA ISABEL, HIDALGO SALLAN VERONICA, SALILLAS GUILLEN RAQUEL, BORREL BORREL EVA, GARCES BIELSA SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Discrepancias en el manejo postoperatorio de las mujeres intervenidas de incontinencia urinaria de esfuerzo.
Manejo postoperatorio variable de una paciente a otra.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar los criterios de manejo postoperatorio de los pacientes con IUE intervenidas en el servicio de urología.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1050

1. TÍTULO

VÍA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (UIE) MEDIANTE MALLA SUBURETRAL TOT

Desarrollar e implantar una vía clínica para unificar el manejo postoperatorio, que se adjuntará en la historia de cada paciente intervenida de TOT.

INDICADORES

Cumplimiento de la vía clínica en el 60% de los casos (debido a que se inicia el proyecto). Se considerará al menos necesario la cumplimentación del 50% de los casos, y satisfactorio un límite superior del 75% de los casos. Se entiende que 1 de cada 4 mujeres puede precisar cuidados a parte debido a complicaciones relacionadas (o no) con su enfermedad, como por ejemplo fiebre, alteración de glucemia, infección etc que requiera que nos salgamos de la vía clínica estándar.

DURACIÓN

El proyecto se iniciará el 1 de septiembre de 2018 y tendrá una duración de 1 año, fecha en la que se reevaluarán los resultados para evaluar si es preciso modificar la vía clínica o reforzar conceptos de aplicación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1062

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HIDROCELE TESTICULAR EN ADULTO: VIA DE REFERENCIA RAPIDA

Fecha de entrada: 08/08/2019

2. RESPONSABLE GUIDO CACHI FUENTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MATA ORUS MARIA
LARRAMONA PUEYO CRISTINA
SAMITIER DIAGO SILVIA
FIERRO UNSAIN MARTA
FERNANDEZ FELIX MAR
MATA RIVAS PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización, revisión y puesta en marcha de vía DE REFERENCIA RAPIDA para el diagnóstico y tratamiento de hidrocele testicular en el adulto. Para ello se ha realizado las coordinaciones respectivas con médicos de atención primaria, además del personal de enfermería y auxiliar. Se han revisado otros protocolos de otros servicios. Se ha tenido en cuenta las recomendaciones descritas en la literatura.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo de aplicación de la vía de referencia rápida se ha logrado realizar 06 intervenciones, de los cuales en 4 intervenciones se ha logrado aplicar la guía de atención realizada por nuestro servicio (el 70% de los pacientes atendidos por este motivo). Se ha logrado disponer de una hoja de vía clínica que se adjunta a la historia del paciente y mediante la cual se puede verificar del adecuado cumplimiento de la misma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La atención coordinada además de uniformizada, optimiza recursos personales como de materiales, si bien la cantidad de pacientes atendidos aplicando esta vía rápida es escaso aún, pero todo indica que el resultado obtenido a priori podría esperarse con mayor población.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1062 ===== ***

Nº de registro: 1062

Título
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HIDROCELE TESTICULAR EN ADULTO: VIA DE REFERENCIA RAPIDA

Autores:
CACHI FUENTES GUIDO, MATA ORUS MARIA, LARRAMONA PUEYO CRISTINA, SAMITIER DIAGO SILVIA, FIERRO UNSAIN MARTA, FERNANDEZ FELIX MAR, MATA RIVAS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Retraso en el diagnóstico y discrepancia en el manejo postoperatorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el diagnóstico de los pacientes con hidrocele y unificar los criterios de manejo postoperatorio de dichos pacientes en el servicio de urología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1062

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HIDROCELE TESTICULAR EN ADULTO: VIA DE REFERENCIA RAPIDA

MÉTODO

Desarrollar e implantar una vía clínica para mejorar el diagnóstico y el manejo postoperatorio.

INDICADORES

cumplimiento de la guía en el 60%. Límite inferior de calidad 50% y límite 80%

DURACIÓN

Inicio el 1 de septiembre de 2018. Duración prevista de 1 año, fecha en la cual se procederá a reevaluar la situación del proyecto con el fin de aplicar las mejoras pertinentes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1232

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PRÓSTATA DE BAJO RIESGO

Fecha de entrada: 08/08/2019

2. RESPONSABLE PETR DOLEZAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRESPO MAYOR VICENTE
MATA RIVAS PILAR
ONCINS TORRES ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actualización del protocolo actual. Para ello se han revisado protocolos de otros servicios y las últimas recomendaciones de las guías clínicas. Se ha incluido resonancia magnética multiparamétrica de la próstata (RMNmp) en el seguimiento de los pacientes. Se ha creado un código de citación específico para los pacientes incluidos en el protocolo. Se ha creado un esquema de seguimiento claro y sencillo que forma parte de la historia clínica de Urología de cada paciente. Y por último se ha creado una hoja de Excel disponible a cada facultativo de Urología con todos los pacientes que siguen en Vigilancia Activa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han incluido 9 pacientes nuevos en Vigilancia Activa (VA) en el último año. En total son ya 23 pacientes incluidos en VA en nuestro hospital de los cuales siguen activamente 16 pacientes. RMNmp se ha realizado en todos los paciente que indicaba nuestro protocolo y el seguimiento de los pacientes ha mejorado ya que todos los pacientes fueron visitados en la consulta tal como prescribe el protocolo. Además desde junio 2018 nuestro servicio participa en el proyecto: Vigilancia Activa en Cáncer de Próstata a través de la Plataforma Investigación de Estudios Multicéntricos de la AEU (Asociación Española de Urología).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
VA es una estrategia terapéutica válida para pacientes diagnosticados de cáncer de próstata de bajo riesgo. Para su correcta realización es necesaria correcta formación de todos los profesionales que participan en ella y un control estrecho de lo pacientes incluidos en VA. Gracias a la actualización de nuestro protocolo los pacientes están seguidos según la últimas recomendaciones y las herramientas que se han puesto en marcha en el último año ayudan para que el seguimiento de estos pacientes se ajuste al máximo al protocolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1232 ===== ***

Nº de registro: 1232

Título
ACTUALIZACION DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PROSTATA DE BAJO RIESGO

Autores:
DOLEZAL PETR, CRESPO MAYOR VICENTE, MATA RIVAS PILAR, CALDERERO ARAGON VERONICA, ONCINS TORRES ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Vigilancia activa (VA) es una estrategia terapéutica indicada en pacientes diagnosticados de cáncer de próstata de bajo o muy bajo riesgo cuyo principal objetivo es evitar o demorar los efectos secundarios del tratamiento radical, sin perjudicar la supervivencia de los pacientes. Consiste en un control estrecho de los pacientes con monitorización periódica del PSA y tacto rectal y realización de re-biopsias de próstata. En

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1232

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PRÓSTATA DE BAJO RIESGO

Las últimas actualizaciones de las guías de práctica clínica de Urología se recomienda también la realización de resonancia magnética multiparamétrica (RMNmp) de próstata de forma periódica. En el servicio de Urología del Hospital de Barbastro se inició el protocolo de VA en el año 2015 y desde entonces se incluyó un total de 14 pacientes. En la última revisión de nuestra serie de pacientes incluidos en VA se objetivó que el cumplimiento del protocolo de seguimiento fue subóptimo y además dado que la RMNmp no forma parte de nuestro protocolo, decidimos actualizarlo.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualización del protocolo actual de vigilancia activa para conseguir que nuestros pacientes estén controlados y tratados según las últimas recomendaciones. Poner en marcha herramientas para conseguir que el control de estos pacientes se ajuste al máximo al protocolo.

MÉTODO

Simplificar esquema de seguimiento y facilitar acceso a este esquema a todos los facultativos implicados en el seguimiento.
Implementar RMNmp en el seguimiento de los pacientes incluyéndola en nuestro protocolo para poder realizar re-biopsias guiadas por RMNmp.
Mejorar seguimiento de los pacientes creando una base de datos accesible para los urólogos en la consulta y creando un código de citas específico para estos pacientes.

INDICADORES

Indicador 1: Realización de RMNmp en el seguimiento de nuestros pacientes tal como especifica el protocolo.
Explicación 1: RMNmp realizadas / total de RMNmp indicadas según protocolo
Estandar 1: > 70%

Indicador 2: seguimiento en consultas
Explicación 2: numero de visitas de los pacientes realizadas / numero total indicado según protocolo
Estandar 2: >70%

DURACIÓN

Mayo - Junio 2018: Formalización de la versión definitiva del protocolo de VA. Creación de la base de datos de pacientes incluidos. Creación del código de citas específico para paciente en VA.
Julio 2018 - Febrero 2019: Inclusión de los pacientes en la base de datos y seguimiento en consultas según el protocolo actualizado.

Marzo - Abril 2019: Valoración del cumplimiento de los objetivos. Percepción de los profesionales implicados, sugerencias de mejora y modificaciones en cara al año siguiente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **